



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. R DENGAN SEKSIO
SESAREA ATAS INDIKASI *CEPHALO PELVIC
DISPROPORTION* (CPD) DI RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

AYU LESTARI

191138

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
JAKARTA, 2022**



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. R DENGAN SEKSIO
SESAREA ATAS INDIKASI *CEPHALO PELVIC
DISPROPORTION* (CPD) DI RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

**Diajukan sebagai persyaratan dalam menyelesaikan
pendidikan Diploma Tiga Keperawatan**

AYU LESTARI

191138

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
Jakarta, 2022**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Laporan Tugas Akhir ini adalah hasil karya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar**

Nama : Ayu Lestari

NIM : 191138

Tanda Tangan :

Tanggal : 15 Juni 2022

LEMBAR PENGESAHAN

**Asuhan Keperawatan pada Ny. R dengan Seksio
Sesarea atas Indikasi *Cephalo Pelvic
Disproportion* (CPD) di RSUD
Koja Jakarta Utara**

Dewan Penguji

Ketua,

(Ns. Jehan Puspasari, M.Kep)

Anggota,

(Ns. Ernawati, M.Kep.,Sp.Kep.An)

(Ns. Veronica Y.R, M. Kep,Sp.Kep.Mat)

Menyetujui,

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

(Ellynia., SE. MM)

Ketua

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Penulisan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di Stikes RS Husada. Penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Kedua orang tua dan Keluarga tercinta ibu Roidah dan bapak Sumardi, yang telah memberikan doa yang tulus dan ikhlas untuk saya. Terima kasih untuk semua dukungan moral dan material kepada saya untuk menyelesaikan Pendidikan Dimploma III di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Husada,
2. Ibu Ellynia, S.E., M.M selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Husada,
3. Ibu Enni Juliani, M.Kep selaku Wakil Ketua I Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Husada,
4. Ibu Ns. Ernawati, M.Kep., Sp.Kep.An selaku Wakil Ketua III Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Husada dan selaku dosen penguji 2,
5. Dosen pembimbing Ibu Jehan Puspasari, M.Kep yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini dan banyak memberi masukan serta motivasi kepada saya,
6. Ibu Ns. Veronica Yeni Rahmawati, M.Kep, Sp.Kep.Mat selaku dosen penguji 1,
7. Ibu Ns. Malianti Silalahi, M.Kep., Sp. Kep.J selaku wali kelas yang selalu memberi motivasi dan dukungan dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini,
8. Dosen pengajar serta Staff Pendidikan STIKes RS Husada yang telah membimbing serta meyediakan fasilitas pendidikan selama masa perkuliahan

9. Kepala Ruangan dan CI Pembimbing beserta seluruh staff khususnya Ruang RPKK RSUD Koja, Jakarta Utara yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk melakukan Asuhan Keperawatan diruangan,
10. Ny. R dan keluarga yang sudah bersedia meluangkan waktunya dan sudah memberikan data-data yang diperlukan penulis,
11. Septiani Wulandari selaku adik tercinta, partner di segala hal selama di rumah yang telah memberikan doa dan serta semangat kepada saya untuk menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Husada,
12. Keluarga besar yang selalu mendukung, dan memberikan motivasi selama menjalani perkuliahan hingga menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rumah Sakit Husada,
13. Keluarga kecil dari semester 1 hingga akhir, *partner* di segala hal, tempat berkeluh kesah, berjuang, menggalau, mengkocak dan mendrama bersama (Mirra Sari, Setiawati Adawiyah),
14. Teman-teman angkatan XXXII yang selama tiga tahun telah berjuang bersama-sama, terutama untuk kelas 1D 2019/2012, 2D 2020/2021 dan 3D 2021/2022. Terima kasih atas kerjasama dan kebersamaannya,
15. Teman-teman BEM angkatan 32. Terima kasih untuk kebersamaannya, sudah berjuang dan berkerjasama serta menghibur selama satu tahun jabatan serta telah memberikan banyak pengalaman hebat,
16. Sahabat seperjuangan (grup ambis) di STIKes RS Husada, yang sudah berjuang bersama-sama selama tiga tahun ini yang telah memberikan dukungan, motivasi, serta kenangan yang berkesan (Amelliana, Maharani Deswita Fitri, Mirra Sari, Setiawati Adawiyah, Lona Marina, Intan Rahmawati, Syafaa'atul Qalbi Suryani, Sarah Oktalaemunah, dan Pinky Marsheilla),
17. Teman-teman seperjuangan Keperawatan Maternitas, khususnya kelompok 2 maternitas yang sudah berjuang bersama selama menyelesaikan Tugas Akhir ini (Annisa Dwi Permatasari, Maulidiah Juanita, Mirra Sari, Elsa Amelia),
18. Teman terbaik, partner di semua hal, penyemangat sekaligus penghambat dalam menyelesaikan Tugas Akhir (Mirra Sari),

19. Sahabat SMA yang selalu memberikan motivasi dan semangat dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini (Aida Makbula Noer, Della Haryanti, Fany Nabillah, Maulidya Ananda Putri, Yanuar Ariwidyaningrum, Siti Rostiana),
20. Kakak tingkat yang baik, ka helena, terima kasih telah memberikan semangat, Askep Keluarga, Askep Komunitas, Askep Gerontik, KTI dan dukungan nya selama ini serta motivasi yang selalu diberikan kepada saya untuk menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

Akhir kata, penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga karya tulis ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	i
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	4
C. Ruang Lingkup	4
D. Metode Penelitian.....	5
E. Sistematika penulisan	5
BAB II TINJAUAN TEORI.....	7
A. Pengertian Post Partum	7
B. Tahap -Tahapan Post Partum	7
C. Perubahan Fisiologis Masa Nifas	8
D. Adaptasi Perubahan Psikologis Masa Nifas	16
E. Gangguan Psikologis Pada Masa Nifas	17
F. Komplikasi dan Penyakit Dalam Masa Nifas.....	18
G. Perawatan Pada Masa Nifas	21
H. Program Masa Nifas	22
I. Konsep <i>Sectio Caesarea</i>	25
J. Konsep asuhan keperawatan	35
BAB III TINJAUAN KASUS.....	55
A. Pengkajian	55
B. Diagnosis Keperawatan	71
C. Rencana Keperawatan, Implementasi, Evaluasi.....	71
BAB IV PEMBAHASAN.....	90
A. Pengkajian	90
B. Diagnosis keperawatan	92
C. Perencanaan	93
D. Implementasi	94
E. Evaluasi	94
BAB V PENUTUP.....	96
A. Kesimpulan.....	96
B. Saran	98
DAFTAR PUSTAKA	101

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Program Masa Nifas (Walyani, 2017)	23
Tabel 2. Analisa Data.....	66

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Paska kehamilan/nifas adalah waktu pemulihan dari persalinan hingga organ kandungan kembali seperti sebelum hamil kira-kira 6-8 minggu. Pada saat dipost kehamilan seorang ibu menghadapi berbagai kejadian seperti perubahan fisik dan mental di fase nifas dan jika tidak segera diobati, akan merugikan kesejahteraan bahkan kematian pada ibu selama periode nifas/*puerperium*. Periode *puerperium*/nifas adalah waktu kembalinya bentuk alat kelamin interna ke kondisi semula, dalam waktu sekitar 42 hari atau satu setengah bulan yang dimulai saat setelah kelahiran plasenta dan selesai ketika organ kandungan kembali ke keadaan pra-kehamilan. *Puerperium* dipisahkan menjadi tiga yaitu *puerperium* dini, *pueperium intermedial* dan *remote puerperium*. Risiko potensial yang berkelanjutan adalah awal 24 jam dan awal periode *post partum* (minggu pertama), sementara sebagian besar perubahan yang terjadi secara bertahap yaitu pada waktu kehamilan akhir (minggu ke 2-6). Risiko yang sering terjadi adalah terjadinya perdarahan paska persalinan (Indriyani, 2013). World Health Organization (WHO) 2019 melaporkan angka kejadian ibu melahirkan secara normal di dunia sebanyak 83% orang, di Amerika sendiri angka kejadian ibu melahirkan sebanyak 69% orang. Kejadian ibu melahirkan di Indonesia pada

tahun 2017 sebanyak 5.078.636 orang, wilayah yang menempati posisi pertama untuk kejadian ibu melahirkan adalah Jawa Barat sebanyak 927.301 orang, kedua Jawa Timur sebanyak 604.259 orang dan ketiga Jawa Tengah sebanyak 564.121 orang. DKI Jakarta untuk angka kejadian ibu melahirkan sebanyak 182.340 orang (Kemenkes, 2018).

Hasil Riskesdas (2018) menyatakan bahwa terdapat 98 ibu dengan jumlah kematian terbanyak selama jangka waktu paska kehamilan, yaitu 53 ibu untuk setiap 100.000 kelahiran. Berdasarkan grafik Provinsi DKI Jakarta sebagai ibu kota negara berupaya untuk mempercepat penurunan AKI dengan beberapa cara yaitu dengan menjamin setiap ibu hamil dan melahirkan dapat memperoleh pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, seperti pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan melalui tenaga kesehatan yang terlatih di kantor pelayanan kesehatan, pelayanan kesehatan paska kehamilan untuk ibu dan anak.

Kementerian Kesehatan RI pada tahun 2015 menyebutkan ada tiga penyebab kematian ibu, yaitu perdarahan sebanyak 28%, eklampsia sebanyak 24%, dan infeksi sebanyak 11%. Apabila kejadian AKI terus meningkat dan tidak ada pengobatan yang tepat, maka kesejahteraan ibu dan bayi akan memburuk. Menurut Kementerian Kesehatan RI, sebagai upaya penurunan AKI, pemerintah melalui Kementerian Kesehatan sejak tahun 1990 telah meluncurkan *safe motherhood initiative*, sebuah program yang memastikan semua wanita mendapatkan perawatan yang dibutuhkan sehingga selamat dan sehat selama kehamilan dan persalinannya. Upaya tersebut dilanjutkan dengan program Gerakan Sayang Ibu di tahun 1996 oleh Presiden Republik Indonesia. Pada tahun 2012 Kementerian Kesehatan meluncurkan program *Expanding*

Maternal and Neonatal Survival (EMAS) dalam rangka menurunkan Angka Kematian Ibu dan neonatal sebesar 25%. Upaya percepatan penurunan AKI dapat dilakukan dengan menjamin agar setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, seperti pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas pelayanan kesehatan, perawatan paska persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, kemudahan mendapatkan cuti hamil dan melahirkan, dan pelayanan keluarga berencana. Dari data rekam medis RSUD KOJA Jakarta Utara, jumlah pasien yang melahirkan secara *sectio caesarea* sebanyak 2385.

Peran petugas kesehatan, seperti perawat, sangat penting bagi ibu paska melahirkan dalam merawat pasien paska melahirkan. Upaya tersebut adalah promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Upaya promotif adalah memberikan pendidikan kesehatan tentang makanan yang bergizi, pemberian ASI yang eksklusif dan cara memandikan bayi. Upaya preventif adalah memperhatikan tanda-tanda vital, mengamati perdarahan, dan mengajarkan cara menjaga kebersihan vulva. Upaya kuratif adalah dengan mencegah terjadinya infeksi pada ibu *postpartum* untuk mencegah adanya komplikasi adalah dengan menjaga kebersihan area diantara vagina dan anus. Upaya rehabilitatif adalah melalui ambulasi dini dan memberikan nutrisi yang cukup. Berdasarkan informasi yang diperoleh, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian eksplorasi dengan judul Asuhan Keperawatan pada Ny. R dengan Postpartum *Sectio Caesarea* atas Indikasi *Cephalo Pelvic Disproporsion* di RSUD Koja Jakarta Utara.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penulisan ini adalah dapat menerapkan asuhan keperawatan pada Ny. R

2. Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada ibu hamil postpartum.
- b. Mahasiswa mampu merumuskan diagnosis keperawatan pada ibu postpartum.
- c. Mahasiswa mampu merencanakan tindakan keperawatan pada ibu postpartum.
- d. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada ibu postpartum.
- e. Mahasiswa mampu mendokumentasikan semua kegiatan asuhan keperawatan pada ibu postpartum.
- f. Mahasiswa mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung maupun penghambat serta mencari solusi pada kasus ibu postpartum.
- g. Mahasiswa mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan kasus pada ibu postpartum.

C. Ruang Lingkup

Ruang lingkup dalam karya tulis ini adalah melakukan asuhan keperawatan pada satu pasien dengan judul Asuhan Keperawatan pada Ny. R dengan Postpartum *Seccio Caesarea* atas *Indikasi Cephalo Pelvic*

Disproporsion di RSUD Koja Jakarta Utara dari tanggal 17 Maret sampai dengan 19 Maret tahun 2022.

D. Metode Penelitian

Penelitian ini memanfaatkan jenis pemeriksaan yang dilakukan dengan berkonsentrasi pada ibu nifas yang akan benar-benar fokus pada anaknya. Teknik atau pendekatan pemeriksaan yang digunakan adalah strategi investigasi kontekstual. Informasi dan data dalam penyusunan laporan ini diperoleh melalui wawancara dengan mengajukan pertanyaan kepada pasien, dan melalui persepsi yang disebutkan dengan fakta-fakta yang dapat diamati kepada pasien secara tatap muka untuk memperoleh informasi yang sesuai dengan kondisi pasien untuk melengkapi data yang sudah ada sebelumnya. Studi kepustakaan yaitu suatu cara untuk memperoleh teori-teori penelitian baik dari segi aspek teori medis maupun aspek teori keperawatan yang berhubungan dengan penyusunan penulisan penelitian ini. Studi kasus yaitu memberikan asuhan keperawatan secara langsung kepada pasien, melalui pemecahan masalah yang ada untuk diberikan jalan keluar melalui proses keperawatan.

E. Sistematika penulisan

Penulisan dalam penelitian ini terdiri dari lima bab yang disusun secara sistematis BAB I yaitu pendahuluan terdiri dari latar belakang, tujuan penelitian, manfaat penelitian, ruang lingkup penelitian, metode penulisan dan sistematika penulisan. BAB II yaitu tinjauan teoritis terdiri dari pengertian, tahapan masa nifas, adaptasi fisiologis dan psikologis, gangguan psikologis,

komplikasi, perawatan, kunjungan nifas, asuhan keperawatan (pengkajian, diagnosis, perencanaan, penatalaksanaan, evaluasi). BAB III yaitu tinjauan kasus terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, serta evaluasi. BAB IV yaitu pembahasan terdiri dari pengkajian, diagnosis, keperawatan, perencanaan, implementasi, evaluasi. BAB V penutup terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Pengertian Post Partum

Post partum adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil, masa post partum berlangsung selama 6 minggu (Wahyuningsih, 2019). Masa nifas adalah masa setelah persalinan sampai 6 minggu atau 42 hari. Ibu dalam masa nifas mengalami perubahan fisiologis, setelah keluarnya plasenta, kadar sirkulasi hormon HCG (*Human Chorionic Gonadotropin*), *human plasenta lactogen*, estrogen dan progesteron menurun (Walyani, 2017). Masa nifas (*puerperium*) adalah masa saat dimulainya keadaan setelah kelahiran plasenta dan setelah berakhirnya alat kandungan kembali seperti saat sebelum hamil yang berlangsung sekiranya 6 minggu, atau yang dimaksud masa nifas adalah masa saat dimulainya setelah beberapa jam plasenta lahir sampai dengan 6 minggu berikutnya (Rahayu, 2012).

B. Tahap -Tahapan Postpartum

Masa post partum dibagi dalam tiga tahap sebagai berikut (Wahyuningsih, 2019):

1. *Immediate Postpartum* (setelah plasenta lahir 24 jam)

Masa segera setelah plasenta lahir sampai 24 jam, adapun masalah yang sering terjadi misalnya atonia uteri, oleh karena itu perlu melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lokia, tekanan darah ibu dan suhu.

2. *Early Postpartum* (24 jam-1 minggu)

Pada fase ini memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lokia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3. *Late Postpartum* (1 minggu-6 minggu)

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi, waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan atau tahunan.

C. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Ibu dalam masa nifas mengalami perubahan fisiologis. Setelah keluarnya plasenta, kadar sirkulasi hormon HCG (*Human Chorionic Gonadotropin*), *human plasental lactogen*, estrogen dan progesteron menurun. *Human plasental lactogen* akan menghilang dari peredaran darah ibu dalam 2 hari dan HCG dalam 2 minggu setelah melahirkan. Kadar estrogen dan progesteron hampir sama dengan kadar yang ditemukan pada fase follikuler dari siklus menstruasi berturut-turut sekitar 3 dan 7 hari. Penarikan polipeptida dan hormon steroid ini mengubah fungsi seluruh

sistem sehingga efek kehamilan berbalik dan wanita dianggap sedang tidak hamil (Walyani, 2017).

Perubahan-perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu masa nifas menurut Maritalia (2012) dan Walyani (2017) yaitu:

1. Uterus

Uterus merupakan organ reproduksi intema yang berongga dan berotot, berbentuk seperti buah alpukat yang sedikit gepeng dan berukuran sebesar telur ayam. Panjang uterus sekitar 7-8 cm, lebar sekitar 5-5,5 cm dan tebal sekitar 2,5 cm. Letak uterus secara fisiologis adalah *anteversiofleksio*. Uterus terbagi dari 3 bagian yaitu fundus uteri, korpus uteri, dan serviks uteri. Menurut Walyani (2017) uterus berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.

- a. Bayi lahir fundus uteri setinggi pusat dengan berat uterus 1000 gr.
- b. Akhir kala I persalinan tinggi fundus uteri teraba 2 jari bawah pusat dengan berat uterus 750 gr.
- c. Satu minggu postpartum tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusat dengan simfisis, berat uterus 500 gr.
- d. Dua minggu postpartum tinggi fundus uteri tidak teraba diatas simfisis dengan berat uterus 350 gr.
- e. Enam minggu postpartum fundus uteri bertambah kecil dengan berat uterus 50 gr.

Pemeriksaan uterus meliputi mencatat lokasi, ukuran dan konsistensi antara lain:

a. Penentuan lokasi uterus

Dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilikus dan apakah fundus berada digaris tengah abdomen/ bergeser ke salah satu sisi.

b. Penentuan ukuran uterus

Dilakukan melalui palpasi dan mengukur TFU pada puncak fundus dengan jumlah lebar jari dari umbilikus atas atau bawah.

c. Penentuan konsistensi uterus

Ada 2 ciri konsistensi uterus yaitu uterus kerasa teraba sekeras batu dan uterus lunak.

2. Serviks

Serviks merupakan bagian dasar dari uterus yang bentuknya menyempit sehingga disebut juga sebagai leher rahim. Serviks menghubungkan uterus dengan saluran vagina dan sebagai jalan keluarnya janin dan uterus menuju saluran vagina pada saat persalinan. Segera setelah persalinan, bentuk serviks akan menganga seperti corong. Hal ini disebabkan oleh korpus uteri yang berkontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi. Warna serviks berubah menjadi merah kehitaman karena mengandung banyak pembuluh darah dengan konsistensi lunak. Segera setelah janin dilahirkan, serviks masih dapat dilewati oleh tangan pemeriksa. Setelah 2 jam persalinan serviks hanya dapat dilewati oleh 2-3 jari dan setelah 1 minggu persalinan hanya dapat dilewati oleh 1 jari, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.

3. Vagina

Vagina merupakan saluran yang menghubungkan rongga uterus dengan tubuh bagian luar. Dinding depan dan belakang vagina berdekatan satu sama lain dengan ukuran panjang 6,5 cm dan ± 9 cm. Selama proses persalinan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar, terutama pada saat melahirkan bayi. Beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, vagina tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan *rugae* dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali. Sesuai dengan fungsinya sebagai bagian lunak dan jalan lahir dan merupakan saluran yang menghubungkan cavum uteri dengan tubuh bagian luar, vagina juga berfungsi sebagai saluran tempat dikeluarkannya sekret yang berasal dari cavum uteri selama masa nifas yang disebut lokia. Karakteristik lokia dalam masa nifas adalah sebagai berikut:

a. Lokia rubra/ kruenta

Timbul pada hari 1-2 postpartum, terdiri dari darah segar bercampur sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, sisa-sisa verniks kaseosa, lanugo dan mekoneum.

b. Lokia sanguinolenta

Timbul pada hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 postpartum, karakteristik lokia sanguinolenta berupa darah bercampur lendir

c. **Lokia serosa**

Merupakan cairan berwarna agak kuning, timbul setelah 1 minggu postpartum.

d. **Lokia alba**

Timbul setelah 2 minggu postpartum dan hanya merupakan cairan putih (Walyani, 2017)

4. Vulva

Sama halnya dengan vagina, vulva juga mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Beberapa hari pertama sesudah proses melahirkan vulva tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva akan kembali kepada keadaan tidak hamil dan labia menjadi lebih menonjol.

5. Payudara (mamae)

Setelah kelahiran plasenta, konsentrasi estrogen dan progesteron menurun, prolactin dilepaskan dan sintesis ASI dimulai. Suplai darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan vascular sementara. Air susu sata diproduksi disimpan di alveoli dan harus dikeluarkan dengan efektif dengan cara dihisap oleh bayi untuk pengadaan dan keberlangsungan laktasi. ASI yang akan pertama muncul pada awal nifas ASI adalah ASI yang berwarna kekuningan yang biasa dikenal dengan sebutan kolostrum. Kolostrum telah terbentuk didalam tubuh ibu pada usia kehamilan 12 minggu.

Perubahan payudara dapat meliputi:

- a. Penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon prolactin setelah persalinan.
- b. Kolostrum sudah ada saat persalinan produksi ASI terjadi pada hari ke 2 atau hari ke 3 setelah persalinan
- c. Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi (Walyani, 2017)

6. Tanda-tanda vital

Perubahan tanda-tanda vital menurut Maritalia (2012) dan Walyani (2017) antara lain:

- a. Suhu tubuh

Setelah proses persalinan suhu tubuh dapat meningkat 0,50°C dari keadaan normal namun tidak lebih dari 38°C. Setelah 12 jam persalinan suhu tubuh akan kembali seperti keadaan semula.

- b. Nadi

Setelah proses persalinan selesai frekuensi denyut nadi dapat sedikit lebih lambat. Pada masa nifas biasanya denyut nadi akan kembali normal.

- c. Tekanan darah

Setelah partus, tekanan darah dapat sedikit lebih rendah dibandingkan pada saat hamil karena terjadinya perdarahan pada proses persalinan.

d. Pernapasan

Pada saat partus frekuensi pernapasan akan meningkat karena kebutuhan oksigen yang tinggi untuk tenaga ibu meneran/mengejan dan mempertahankan agar persediaan oksigen ke janin tetap terpenuhi. Setelah partus frekuensi pernapasan akan kembali normal.

7. Sistem peredaran darah (*Kardiovaskuler*)

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat segera setelah melahirkan karena terhentinya aliran darah ke plasenta yang mengakibatkan beban jantung meningkat yang dapat diatasi dengan haemokonsentrasi sampai volume darah kembali normal, dan pembuluh darah kembali ke ukuran semula.

8. Sistem Pencernaan

Pada ibu yang melahirkan dengan cara operasi SC biasanya membutuhkan waktu sekitar 1-3 hari agar fungsi saluran cerna dan nafsu makan dapat kembali normal. Ibu yang melahirkan secara spontan biasanya lebih cepat lapar karena telah mengeluarkan energi yang begitu banyak pada saat proses melahirkan. Buang air besar biasanya mengalami perubahan pada 1-3 hari postpartum, hal ini disebabkan terjadinya penurunan tonus otot selama proses persalinan. Selain itu, enema sebelum melahirkan, kurang asupan nutrisi dan dehidrasi serta dugaan ibu terhadap timbulnya rasa nyeri disekitar anus/perineum setiap kali akan BAB juga mempengaruhi defekasi secara spontan. Faktor-faktor tersebut sering menyebabkan

timbulnya konstipasi pada ibu nifas dalam minggu pertama. Kebiasaan defekasi yang teratur perlu dilatih kembali setelah tonus otot kembali normal.

9. Sistem Perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama. Kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urine dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Uterus yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu.

10. Sistem Integumen

Perubahan kulit selama kehamilan berupa hiperpigmentasi pada wajah, leher, mamae, dinding perut dan beberapa lipatan sendiri karena pengaruh hormon akan menghilang selama masa nifas.

11. Sistem Muskuloskeletal

Ambulasi pada umumnya dimulai 4-8 jam postpartum. Ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi.

D. Adaptasi Perubahan Psikologis Masa Nifas

Sukma dkk (2017) menjelaskan selama berlangsungnya proses kehamilan, proses persalinan, dan pascanatal adalah keadaan dimana terjadinya stres yang hebat, terjadinya kecemasan, gangguan emosi, dan juga penyesuaian diri. Dalam menjalani proses adaptasi setelah ibu melahirkan, ibu akan mengalami beberapa fase berikut:

1. *Taking in period* (Masa ketergantungan)

Fase ini terjadi pada satu sampai dua hari setelah ibu melahirkan, pada fase ini ibu masih sangat bergantung kepada orang lain, fokus perhatian ibu hanya kepada tubuhnya, ibu akan lebih mengingat pengalamannya dalam proses persalinan yang telah dialami, serta terjadi peningkatan terhadap kebutuhan tidur dan nafsu makan ibu.

2. *Taking hold period*

Fase ini terjadi pada hari ketiga sampai keempat paska melahirkan, pada fase ini ibu lebih konsentrasi kepada kemampuan yang dimilikinya dalam menerima tanggung jawab sebagai ibu dan dalam melakukan perawatan bayi. Ibu jadi sangat sensitif pada fase ini, sehingga akan membutuhkan bimbingan dan dorongan dari perawat dalam mengatasi kritikan yang sudah dialami oleh ibu.

3. *Letting go period*

Fase ini akan dialami setelah ibu dan bayi tiba di rumah, ibu sudah mulai menerima secara penuh tanggung jawabnya sebagai seorang ibu dan telah menyadari ataupun telah merasa kebutuhan bayi akan sangat bergantung terhadap dirinya.

E. Gangguan Psikologis Pada Masa Nifas

Sukma dkk (2017) menyebutkan beberapa gangguan psikologis yang terjadi pada masa nifas seperti berikut:

1. *Postpartum Blues*

Keadaan ini adalah hal yang banyak timbul pada sebagian besar ibu paska melahirkan, hal ini normal pada hari ketiga sampai keempat, tetapi bisa juga berlangsung selama lebih dari seminggu. Kemungkinan besar penyebab kejadian ini adalah karena hormon, seperti perubahan yang terjadi pada hormon estrogen, progesteron dan prolaktin, ibu akan mengalami peningkatan emosi bersama saat memproduksi ASI. Beberapa hal yang menjadi penyebab terjadinya post partum blues seperti: ibu yang merasa kehilangan perhatian dan kepedulian, emosi yang labil, serta ibu yang terpisah dari keluarga dan bayinya. Gejala yang timbul seperti mudah menangis disebabkan karena tidak jelas penyebabnya, mudah tersinggung dikarenakan ibu menjadi kurang percaya diri, menjadi sensitif dikarenakan komentar dari lingkungan sekitarnya. Dalam keadaan ini diperlukan adanya dukungan sosial yang diberikan kepada ibu.

2. Kesedihan dan duka cita

1. *Shock* adalah tahap awal terhadap adanya kehilangan, bentuk responnya meliputi: sikap menolak, tidak percaya, menjadi putus asa, dan juga marah. Gejala *shock* meliputi: takut, menangis, kesepian, jadi merasa bersalah dan terasa hampa.

2. Realitas dan penerimaan adalah fakta dari kehilangan dan juga penyesuaian karena adanya kenyataan yang terjadi. Pertanyaan yang biasa timbul pada keadaan ini adalah: mengapa, bagaimana, dan jika. Saat pertanyaan tersebut sudah timbul, maka akan meningkatkan perasaan ibu menjadi marah, bersalah dan juga takut.
3. Resolusi, pada keadaan ini ibu sudah mulai bisa aktif kembali. Pada keadaan ini adalah fase dimana ibu sudah mulai bisa menerima kehilangan yang terjadi, dan sudah bisa memulai hubungan baru. Tenaga kesehatan dan orang disekitarnya akan menjadi sangat berperan dalam keadaan ini. Seperti contohnya jika bayi terlahir dengan keadaan tidak sempurna, disini tenaga medis berperan untuk tidak menyalahkan, mendengarkan cerita ibu, dan memberi dukungan agar ibu bisa menerima bayinya.

F. Komplikasi dan Penyakit Dalam Masa Nifas

Komplikasi dan penyakit yang terjadi pada ibu masa nifas menurut Walyani (2017) yaitu:

1. Infeksi nifas

Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genitalia dalam masa nifas. Masuknya kuman-kuman dapat terjadi dalam kehamilan, waktu persalinan, dan nifas. Demam nifas adalah demam dalam masa nifas oleh sebab apa pun. *Morbiditas puerpuralis* adalah kenaikan suhu badan sampai 38°C atau lebih selama 2 hari dari

dalam 10 hari postpartum. Kecuali pada hari pertama. Suhu diukur 4 kali secara oral.

2. Infeksi saluran kemih

Pada masa nifas dini, sensitivitas kandung kemih terhadap tegangan air kemih di dalam vesika sering menurun akibat trauma persalinan atau *analgesia epidural* atau *spinal*. Sensasi peregangan kandung kemih juga mungkin berkurang akibat rasa tidak nyaman yang ditimbulkan oleh episiotomi yang lebar, laserasi periuretra, atau hematoma dinding vagina. Setelah melahirkan, terutama saat infus oksitosin dihentikan, terjadi diuresis yang disertai peningkatan produksi urin dan distensi kandung kemih. *Over distensi* yang disertai katerisasi untuk mengeluarkan air kemih sering menyebabkan infeksi saluran kemih.

3. Metritis

Metritis adalah inspeksi uterus setelah persalinan yang merupakan salah satu penyebab terbesar kematian ibu. Bila pengobatan terlambat atau kurang adekuat dapat menjadi abses pelvik yang menahun, peritonitis, syok septik, trombosis yang dalam, emboli pulmonal, infeksi pelvik yang menahan dispareunia, penyumbatan tuba dan infertilitas.

4. Bendungan payudara

Bendungan payudara adalah peningkatan aliran vena dan limfa pada payudara dalam rangka mempersiapkan diri untuk laktasi. Bendungan terjadi akibat bendungan berlebihan pada limfatik dan vena sebelum laktasi. Payudara bengkak disebabkan karena menyusui yang tidak

kontinu, sehingga sisa ASI terkumpul pada daerah ductus. Hal ini dapat terjadi pada hari ke tiga setelah melahirkan. Penggunaan bra yang keras serta keadaan puting susu yang tidak bersih dapat menyebabkan sumbatan pada duktus.

5. Infeksi payudara

Mastitis termasuk salah satu infeksi payudara. Mastitis adalah peradangan pada payudara yang dapat disertai infeksi atau tidak, yang disebabkan oleh kuman terutama *Staphylococcus aureus* melalui luka pada puting susu atau melalui peredaran darah.

6. Abses payudara

Abses payudara merupakan komplikasi akibat peradangan payudara/mastitis yang sering timbul pada minggu ke dua postpartum (setelah melahirkan), karena adanya pembengkakan payudara akibat tidak menyusui dan lecet pada puting susu.

7. Abses pelvis

Penyakit ini merupakan komplikasi yang umum terjadi pada penyakit-penyakit meluar seksual STDs (*Sexually Transmitted Disease*), utamanya yang disebabkan oleh *chlamydia* dan *gonorrhea*.

8. Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan pada peritoneum yang merupakan pembungkus visera dalam rongga perut. Peritoneum adalah selaput tipis dan jernih yang membungkus organ perut dan dinding perut sebelah dalam.

9. Infeksi luka perineum dan luka abdominal

Luka perineum adalah luka perineum karena adanya robekan jalan lahir baik karena rupture maupun karena episiotomy pada waktu melahirkan janin. Rupture perineum adalah robekan yang terjadi pada perineum sewaktu persalinan.

10. Perdarahan pervagina

Perdarahan pervagina atau perdarahan postpartum adalah kehilangan darah sebanyak 500 cc atau lebih dari traktus genitalia setelah melahirkan. Hemoragi postpartum primer mencakup semua kejadian perdarahan dalam 24 jam setelah kelahiran.

G. Perawatan Pada Masa Nifas

Menurut Rini (2016), perawatan yang terjadi pada masa nifas yaitu:

1. Mobilisasi dini dengan tujuan untuk membimbing pasien agar keluar dari tempat tidur dan mungkin saja berjalan. Jika saja tidak diatasi dengan segera akan menyebabkan ibu terancam terjadinya bendungan pada pembuluh darah vena atau trombosis vena. Keuntungan hal ini yaitu untuk meningkatkan sirkulasi dan untuk mencegah risiko bendungan pada pembuluh darah, serta membuat pasien akan merasa menjadi lebih baik dan sehat. Senam nifas digunakan dengan tujuan untuk mengurangi bendungan pada lokia dalam rahim yang meningkat, dan juga untuk memperlancar peredaran darah disekitar alat kelamin.
2. *Roaming in* atau perawatan ibu dan anak yang berada dalam satu kamar. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan dalam pemberian ASI dan *bonding attachment*. Perawatan ibu dan anak yang berada dalam satu

kamar ini juga bertujuan agar ibu dapat termotivasi untuk melakukan mobilisasi dini disebabkan karena seorang ibu sudah memiliki keinginan untuk merawat bayinya sendiri dan keinginan untuk segera menyusui bayi yang telah dilahirkan nya.

3. Pemberian ASI dini dan pijat oksitosin. Pemberian ASI bertujuan untuk ibu meningkatkan ASI pada masa nifas. Pijat oksitosin telah terbukti sangat membantu ibu untuk meningkatkan produksi ASI, beberapa indikasinya yaitu: berat badan bayi, frekuensi bayi dalam menyusui, frekuensi BAK bayi setelah menyusui, frekuensi tidur bayi setelah menyusui.
4. Dukungan terhadap ibu nifas, kebutuhan dukungan dan juga adanya harapan ibu yang telah melahirkan sangat penting untuk mendukung pemulihan ibu setelah proses melahirkan. Pencegahan depresi pada ibu post partum difokuskan pada dukungan sosial seperti: memenuhi kebutuhan ibu dan tantangan yang dihadapi ibu pada masa nifas, dan juga dukungan untuk ibu melakukan mobilisasi.

H. Program Masa Nifas

Paling sedikit 4 kali melakukan kunjungan pada masa nifas, dengan tujuan untuk:

1. Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi.
2. Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayi.

3. Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas.
4. Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya (Walyani, 2017).

Tabel 1. Program Masa Nifas (Walyani, 2017)

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	a. Mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas. b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberikan rujukan bila perdarahan berlanjut. c. Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. d. Pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu e. Mengajarkan ibu untuk mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir. f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

2	6 hari setelah persalinan	a. Memastikan involusi uteri berjalan normal uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau. b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau kelainan paska melahirkan. c. Memastikan ibu mendapat cukup cairan, makanan, dan istirahat. d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit, Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan menjaga bayi agar tetap hangat.
3	2 minggu setelah persalinan	a. Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau.

		b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau kelainan paska melahirkan. c. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat. d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit. e. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan menjaga bayi agar tetap hangat.
4	6 minggu setelah persalinan	a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami atau bayinya. b. Memberikan konseling untuk KB secara dini

I. Konsep *Sectio Caesarea*

1. Pengertian *Sectio Caesarea*

Sectio Caesarea adalah suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus persalinan buatan. Sehingga janin di lahirkan melalui perut dan dinding perut dan dinding rahim agar anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat (Anjarsari, 2018). *Sectio*

Caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Martowirjo, 2018). *Sectio Caesarea* adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Sagita, 2019).

2. Jenis *Sectio Caesarea*

Menurut Prawirhadjo (2017), *Sectio Caesarea* dapat diklasifikasikan menjadi 3 jenis, yaitu:

a. *Sectio Caesarea Transperitonealis Profunda*

Merupakan jenis pembedahan yang paling banyak dilakukan dimana dokter nantinya akan membedah perut ibu dengan cara menginsisi di segmen bagian bawah uterus. Jenis ini memberikan beberapa keuntungan seperti perdarahan luka insisi yang tidak banyak, risiko peritonitis yang tidak besar, jaringan parut saat proses penyembuhan pada uterus umumnya kuat sehingga risiko ruptur uteri dikemudian hari tidak besar karena dalam masa nifas ibu pada segmen bagian bawah uterus tidak banyak mengalami kontraksi seperti korpus uteri sehingga luka dapat sembuh lebih sempurna.

b. *Sectio Caesarea Klasik atau Sectio Caesarea Corporal*

Tindakan pembedahan ini dilakukan dengan cara membuat insisi pada bagian tengah dari korpus uteri sepanjang 10-12 cm dengan ujung bawah di atas batas plika vesio uterine. Tujuannya dibuat

hanya jika ada halangan untuk melakukan proses SC *Transperitonealis Profunda*. Halangan yang dimaksud misal karena uterus melekat pada dinding perut karena riwayat persalinan SC sebelumnya dan risiko perdarahan yang besar apabila di insisi di segmen bawah uterus dimana ada kondisi plasenta previa (plasenta menempel menutupi jalan lahir). Kerugian dari jenis ini adalah risiko peritonitis dan rupture uteri 4 kali lebih bahaya pada kehamilan selanjutnya. Biasanya setelah dilakukan tindakan SC klasik ini, dilakukan sterilisasi atau histerektomi untuk menghindari risiko yang ada.

c. *Sectio Caesarea Ekstraperitoneal*

Dokter akan menginsisi dinding dan fasia abdomen dan musculus rectus yang nantinya dipisahkan. Lalu vesika urinaria akan diretraksi ke bawah sedangkan lipatan peritoneum akan dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus. Jenis pembedahan ini dilakukan untuk mengurangi bahaya dari infeksi puerperal, namun dengan adanya kemajuan pengobatan terhadap infeksi, pembedahan SC ini tidak banyak lagi dilakukan karena tekniknya yang sulit dilakukan.

3. Etiologi *Sectio Caesarea*

Menurut Sagita (2019), indikasi ibu dilakukan *Sectio Caesarea* adalah ruptur uteri iminen, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini. Sedangkan indikasi dari janin adalah fetal distress dan janin besar

melebihi 4.000 gram. Dari beberapa faktor *Section Caesarea* diatas dapat diuraikan beberapa penyebab sectio sebagai berikut :

- a. CPD (*Chepalo Pelvik Dispropotion*) adalah ukuran lingkar panggul ibu tidak sesuai dengan ukuran kepala janin yang dapat menyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara normal. Tulang-tulang panggul merupakan susunan beberapa tulang yang membentuk rongga panggul yang merupakan jalan yang harus dilalui oleh janin ketika akan lahir secara normal. Bentuk panggul yang menunjukkan kelainan atau panggul patologis juga dapat menyebabkan kesulitan dalam proses persalinan normal sehingga harus dilakukan tindakan operasi. Keadaan patologis tersebut menyebabkan bentuk rongga panggul menjadi asimetris dan ukuran-ukuran bidang panggul menjadi abnormal.
- b. PEB (Pre-Eklamsi Berat) adalah kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, sebab terjadinya masih belum jelas. Setelah perdarahan dan infeksi, preeklamsi dan eklamsi merupakan penyebab kematian maternal dan perinatal paling penting dalam ilmu kebidanan. Karena itu diagnosis dini amatlah penting, yaitu mampu mengenali dan mengobati agar tidak berlanjut menjadi eklamsi.
- c. KPD (Ketuban Pecah Dini) adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartus. Sebagian besar ketuban pecah dini adalah hamil aterm di atas 37 minggu.

- d. Bayi kembar, tak selamanya bayi kembar dilahirkan secara Sectio Caesarea. Hal ini karena kelahiran kembar memiliki risiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi daripada kelahiran satu bayi. Selain itu, bayi kembar pun dapat mengalami sungsang atau salah letak lintang sehingga sulit untuk dilahirkan secara normal.
- e. Faktor hambatan jalan lahir, adanya gangguan pada jalan lahir, misalnya jalan lahir yang tidak memungkinkan adanya pembukaan, adanya tumor dan kelainan bawaan pada jalan lahir, tali pusat pendek dan ibu sulit bernapas.
- f. Kelainan Letak Janin
 - 1) Kelainan pada letak kepala
 - a) Letak kepala tengadah, bagian terbawah adalah puncak kepala, pada pemeriksaan dalam teraba UUB (Ubus-ubus) yang paling rendah. Etiologinya kelainan panggul, kepala bentuknya bundar, anaknya kecil atau mati, kerusakan dasar panggul.
 - b) Presentasi muka, letak kepala tengadah (defleksi), sehingga bagian kepala yang terletak paling rendah ialah muka. Hal ini jarang terjadi, kira-kira 0,27-0,5%. Presentasi dahi, posisi kepala antara fleksi dan defleksi, dahi berada pada posisi terendah dan tetap paling depan. Pada penempatan dagu, biasanya dengan sendirinya akan berubah menjadi letak muka atau letak belakang kepala.

2) Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala difundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri. Dikenal beberapa jenis letak sungsang, yakni presentasi bokong, presentasi bokong kaki sempurna, presentasi bokong tidak sempurna dan presentasi kaki.

4. Kontraindikasi *Sectio Caesarea*

Ada beberapa kondisi dimana SC tidak boleh dilakukan, contohnya:

a. IUFD

Kondisi dimana sang bayi meninggal didalam kandungan

b. Anemia berat

Pada saat sang ibu mengalami anemia berat, otomatis kadar hemoglobin juga menurun sehingga meningkatkan risiko perdarahan.

c. Kelainan kongenital berat

Bayi yang diketahui memiliki abnormalitas kelainan kongenital berat dapat menyebabkan kematian segera setelah lahir seperti *anencephaly*

d. Infeksi piogenik pada dinding abdomen

Merupakan infeksi peradangan lokal pada perut

e. Fasilitas yang minim untuk melakukan tindakan SC

Apabila fasilitas tidak memungkinkan untuk dilakukan SC, pasien bisa dirujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki fasilitas cukup untuk tindakan SC (Prawirohardjo, 2017)

5. Patofisiologi

Adanya beberapa kelainan/hambatan pada proses persalinan yang menyebabkan bayi tidak dapat lahir secara normal/spontan, misalnya karena ketidakseimbangan ukuran kepala bayi dan panggul ibu, keracunan kehamilan yang parah, pre eklampsia dan eklampsia berat, kelainan letak bayi seperti sungsang dan lintang, kemudian sebagian kasus mulut rahim tertutup plasenta yang lebih dikenal dengan plasenta previa, bayi kembar, kehamilan pada ibu yang berusia lanjut, persalinan yang berkepanjangan, plasenta keluar dini, ketuban pecah dan bayi belum keluar dalam 24 jam, kontraksi lemah dan sebagainya. Kondisi tersebut menyebabkan perlu adanya suatu tindakan pembedahan yaitu *Sectio Caesarea* (Ramadhani, 2018). *Sectio Caesarea* merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gram dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Dalam proses operasi, dilakukan tindakan anestesi yang akan menyebabkan pasien mengalami imobilisasi. Efek anestesi juga dapat menimbulkan otot relaksasi dan menyebabkan konstipasi. Kurangnya informasi mengenai proses pembedahan, penyembuhan dan perawatan post operasi akan menimbulkan masalah ansietas pada pasien. Selain itu dalam proses pembedahan juga akan dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf disekitar daerah insisi. Hal ini akan merangsang pengeluaran histamin dan prostaglandin yang akan menimbulkan rangsangan pada area sensorik sehingga menyebabkan adanya rasa

nyeri sehingga timbullah masalah keperawatan nyeri (Nanda Nic Noc, 2015).

6. Faktor Risiko *Sectio Caesarea*

Faktor risiko terjadinya infeksi luka operasi pada operasi bedah sesar adalah sebagai berikut :

a. Waktu pemberian antibiotik profilaksis

Sumber WHO (2017) menyatakan, bahwa waktu pemberian antibiotik profilaksis yang efektif adalah 30–60 menit sebelum tindakan SC dilakukan

b. Tipe insisi

Tipe insisi vertikal pada bagian line alba akan menyebabkan nekrosis pada saat penyembuhan karena jaringan pembuluh darahnya yang sedikit.

c. Hemoglobin prabedah

Rendahnya hemoglobin sebelum prosedur SC dapat meningkatkan risiko infeksi.

d. Jenis anestesi

Anestesi umum lebih berisiko daripada anestesi spinal karena anestesi umum lebih berisiko menyebabkan organ damage dimana nantinya dapat meningkatkan infeksi luka operasi

e. Lama pembedahan

Normalnya, kurang lebih 30 menit adalah waktu yang ideal dalam melakukan prosedur SC. Apabila lebih dari 30 menit, dapat

menyebabkan risiko terjadinya infeksi luka operasi (Adane et al, 2019).

Sedangkan Menurut Martowirjo (2018), manifestasi klinis pada pasien dengan *post Sectio Caesarea* antara lain :

- a. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml.
- b. Terpasang kateter, urin jernih dan pucat.
- c. Abdomen lunak dan tidak ada distensi.
- d. Bising usus tidak ada.
- e. Ketidaknyamanan untuk menghadapi situasi baru
- f. Balutan abdomen tampak sedikit noda.
- g. Aliran lochia sedang dan bebas bekuan, berlebihan dan banyak

7. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Martowirjo (2018), pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada ibu *Sectio Caesarea* adalah sebagai berikut :

- a. Hitung darah lengkap.
- b. Golongan darah (ABO), dan pencocokan silang, tes Coombs Nb.
- c. Urinalisis: Menentukan kadar albumin/glukosa.
- d. Pelvimetri: Menentukan CPD.
- e. Kultur: Mengidentifikasi adanya virus herpes simpleks tipe II.
- f. Ultrasonografi: Melokalisasi plasenta menentukan pertumbuhan, kedudukan, dan presentasi janin.
- g. Amniosintesis: Mengkaji maturitas paru janin.
- h. Tes stres kontraksi atau non-stres: Mengkaji respons janin terhadap gerakan/stres dari pola kontraksi uterus/pola abnormal.

- i. Penentuan elektronik selanjutnya: Memastikan status janin/aktivitas uterus.

8. Komplikasi

Menurut NANDA NIC-NOC (2015) *Sectio Caesarea* komplikasi pada pasien *Sectio Caesarea* adalah:

a. Komplikasi pada ibu

Infeksi puerperalis, bisa bersifat ringan seperti kenaikan suhu selama beberapa hari dalam masa nifas, atau bersifat berat seperti peritonitis, sepsis dan sebagainya. Infeksi postoperatif terjadi apabila sebelum pembedahan sudah ada gejala-gejala yang merupakan predisposisi terhadap kelainan itu (partus lama khususnya setelah ketuban pecah, tindakan vaginal sebelumnya). Perdarahan, bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang cabang arteri uterina ikut terbuka atau karena atonia uteri. Komplikasi-komplikasi lain seperti luka kandung kencing dan embolisme paru, suatu komplikasi yang baru kemudian tampak ialah kuatnya perut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa ruptur uteri. Kemungkinan hal ini lebih banyak ditemukan sesudah *Sectio Caesarea*.

b. Komplikasi-komplikasi lain

Komplikasi-komplikasi lain seperti luka kandung kemih, dan embolisme paru.

c. Komplikasi baru

Komplikasi yang kemudian tampak ialah kurang kuatnya parut pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptur uteri. Kemungkinan peristiwa ini lebih banyak ditemukan sesudah *Sectio Caesarea* Klasik.

J. Konsep asuhan keperawatan

Asuhan keperawatan ibu masa nifas adalah sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pengkajian menurut Margaretha (2017) antara lain:

a. Identitas pasien

Biodata pasien terdiri dari nama, umur, agama, pendidikan, suku/bangsa, pekerjaan dan alamat.

b. Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan terdiri dari tempat pemeriksaan kehamilan, frekuensi, imunisasi, keluhan selama kehamilan, pendidikan kesehatan yang diperoleh.

c. Riwayat persalinan

Riwayat persalinan terdiri dari tempat persalinan, penolong persalinan, jalannya persalinan.

d. Pemeriksaan fisik

1) *Vital sign*

Dalam vital sign yang perlu di cek yaitu: suhu, nadi, pernapasan, dan juga tekanan darah. Suhu tubuh diukur setiap 4 sampai 8

jam selama beberapa hari paskapartum karena demam biasanya merupakan gejala awal infeksi. Suhu tubuh 38°C mungkin disebabkan oleh dehidrasi pada 24 jam pertama setelah persalinan atau karena awitan laktasi dalam 2 sampai 4 hari. Demam yang menetap atau berulang diatas 24 jam pertama dapat menandakan adanya infeksi. Bradikardi merupakan perubahan fisiologis normal selama 6 sampai 10 hari paskapartum dengan frekuensi nadi 40 sampai 70 kali/ menit. Frekuensi diatas 100 kali/menit dapat menunjukkan adanya infeksi, hemoragi, nyeri, atau kecemasan, nadi yang cepat dan dangkal yang dihubungkan dengan hipotensi, menunjukan hemoragi, syok atau emboli. Tekanan darah umumnya dalam batasan normal selama kehamilan. Wanita paskapartum dapat mengalami hipotensi ortostatik karena diuresis dan diaphoresis, yang menyebabkan pergeseran volume cairan kardiovasukuler, hipotensi menetap atau berat dapat merupakan tanda syok atau emboli. Peningkatan tekanan darah menunjukkan hipertensi akibat kehamilan, yang dapat muncul pertama kali pada masa paskapartum. Kejang eklamsia dilaporkan terjadi sampai lebih dari 10 hari paskapartum.

2) Kepala dan wajah

Inspeksi kebersihan dan kerontokan rambut (normal rambut bersih, tidak terdapat lesi pada kulit kepala dan rambut tidak rontok), cloasma gravidarum, keadaan *sclera* (normalnya *sclera*

berwarna putih), konjungtiva (normalnya konjungtiva berwarna merah muda, kalau pucat berarti anemis), kebersihan gigi dan mulut (normalnya mulut dan gigi bersih, tidak berbau, bibir merah), caries. Palpasi palpebra, edema pada mata dan wajah; palpasi pembesaran getah bening (normalnya tidak ada pembengkakan), JVP. kelenjar tiroid.

3) Dada

Inspeksi irama nafas, dengarkan bunyi nafas dan bunyi jantung, hitung frekuensi. Payudara: pengkajian payudara pada ibu postpartum meliputi inspeksi ukuran, bentuk, warna, dan kesimetrisan dan palpasi konsisten dan apakah ada nyeri tekan guna menentukan status laktasi. Normalnya puting susu menonjol, areola berwarna kecoklatan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada bekas luka, payudara simetris dan tidak ada benjolan atau masa pada saat di palpasi.

4) Abdomen

Menginspeksi adanya *striae* atau tidak, adanya luka/insisi, adanya linea atau tidak. Involusi uteri: kemajuan involusi yaitu proses uterus kembali ke ukuran dan kondisinya sebelum kehamilan, di ukur dengan mengkaji tinggi dan konsistensi fundus uterus, masase dan peremasan fundus dan karakter serta jumlah lokia 4 sampai 8 jam. TFU pada hari pertama setinggi pusat, pada hari kedua 1 jari dibawah pusat, pada hari ketiga 2 jari dibawah pusat, pada hari keempat 2 jari diatas simpisis,

pada hari ketujuh 1 jari diatas simpisis, pada hari kesepuluh setinggi simpisis. Konsistensi fundus harus keras dengan bentuk bundar mulus. Fundus yang lembek atau kendor menunjukkan atonia atau subinvolusi. Kandung kemih harus kosong agar pengukuran fundus akurat, kandung kemih yang penuh menggeser uterus dan meningkatkan tinggi fundus.

5) Vulva dan vagina

Melihat apakah vulva bersih atau tidak, adanya tanda-tanda infeksi. Lokia: karakter dan jumlah lokia secara tidak langsung menggambarkan kemajuan penyembuhan normal, jumlah lokia perlahan-lahan berkurang dengan perubahan warna yang khas yang menunjukkan penurunan komponen darah dalam aliran lokia. Jumlah lokia sangat sedikit noda darah berkurang 2,5-5cm-10 ml, sedang noda darah berukuran 10cm-10,25 ml.

6) Perineum

Pengkajian daerah perineum dan perineal dengan sering untuk mengidentifikasi karakteristik normal atau deviasi dari normal seperti hematoma, memar, edema, kemerahan, dan nyeri tekan. Jika ada jahitan luka, kaji keutuhan, hematoma, perdarahan dan tanda-tanda infeksi (kemerahan, bengkak dan nyeri tekan). Daerah anus dikaji apakah ada hemoroid dan fisura. Wanita dengan persalinan spontan per vagina tanpa laserasi sering mengalami nyeri perineum yang lebih ringan. Hemoroid tampak seperti tonjolan buah anggur pada anus dan merupakan

sumber yang paling sering menimbulkan nyeri perineal. Hemoroid disebabkan oleh tekanan otot-otot dasar panggul oleh bagian terendah janin selama kehamilan akhir dan persalinan akibat mengejan selama fase ekspulsi.

7) Payudara dan tungkai

Pengkajian payudara meliputi bentuk, ukuran, warna, dan kesimetrisan serta palpasi konsistensi dan deteksi apakah ada nyeri tekan guna persiapan menyusui. Hari pertama dan kedua paska melahirkan akan ditemukan sekresi kolostrum yang banyak. Pengkajian pada tungkai dimaksudkan untuk mengetahui ada tidaknya tromboflebitis. Payudara dan tungkai dikaji tiap satu jam sampai dengan 8 jam setelah persalinan, kemudian dikaji tiap empat jam sampai dengan 24 jam setelah persalinan

8) Eliminasi

Pengkajian eliminasi meliputi pengkajian bising usus, inspeksi dan palpasi adanya distensi abdomen. Ibu postpartum dianjurkan untuk berkemih sesegera mungkin untuk menghindari distensi kandung kemih. Eliminasi dikaji setiap 9 jam, kaji juga defekasi setiap harinya.

e. Pengkajian psikososial

Pengkajian psikososial ini difokuskan pada interaksi dan adaptasi ibu, bayi baru lahir dan keluarga. Perawat melihat status emosional dan respon ibu terhadap pengalaman kelahiran,

interaksi dengan bayi baru lahir, menyusui bayi baru lahir, penyesuaian terhadap peran baru, hubungan baru dalam keluarga, dan peningkatan pemahaman dalam perawatan diri.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang sering muncul menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2017), yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan efek pencedera fisik (post operasi SC) (D.0077)
- b. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI (D.0029)
- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (D.0055)
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)
- e. Defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan kelemahan (post operasi SC) (D.0109)
- f. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (post operasi SC) (D.0142)
- g. Resiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi paska partum (D.0012)
- h. Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan trauma/perdarahan (D.0036)
- i. Resiko gangguan perlekatan berhubungan dengan penghalang fisik (D.0127)

3. Intervensi Keperawatan

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post SC)

Tujuan: Tingkat nyeri menurun setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam

Kriteria Hasil: Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat, keluhan nyeri menurun (meringis menurun, skala menurun menjadi 2), sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, menarik diri menurun, berfokus pada diri sendiri menurun, diaforesis menurun, perasaan depresi (tertekan) menurun, perasaan takut mengalami cedera berulang menurun, anoreksia menurun, perineum terasa tertekan menurun, uterus teraba membulat menurun, ketegangan otot menurun, pupil dilatasi menurun, muntah menurun, mual menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, tekanan darah membaik, proses berpikir membaik, fokus membaik, fungsi berkemih membaik, perilaku membaik, nafsu makan membaik, pola tidur membaik

Intervensi: Manajemen nyeri:

Observasi:

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respons nyeri non verbal
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 5) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- 6) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik:

- 7) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosins, akupresur, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- 8) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- 9) Fasilitasi istirahat dan tidur

Edukasi:

- 10) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 11) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 12) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi:

- 13) Kolaborasi pemberian analgetik (ketorolac 3x1gram)

b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur

Tujuan: Pola tidur membaik setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam

Kriteria Hasil: keluhan sulit tidur meningkat, keluhan sering terjaga meningkat, keluhan tidak puas tidur meningkat, keluhan pola tidur berubah meningkat, keluhan istirahat tidak cukup meningkat.

Intervensi: Dukungan tidur

Observasi:

- 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur
- 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)
- 3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)
- 4) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi

Terapeutik:

- 5) Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)
- 6) Batasi waktu tidur siang, jika perlu
- 7) Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur
- 8) Tetapkan jadwal tidur rutin
- 9) Lakukan prosedur untuk meningkatkan dan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)
- 10) Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga

Edukasi:

- 11) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
- 12) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
- 13) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
- 14) Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM

15) Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis psikologis, gaya hidup, sering berubah *shift* bekerja)

16) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya

c. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI

Tujuan: Status menyusui membaik setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam

Kriteria Hasil: Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat, kemampuan ibu memosisikan bayi dengan benar meningkat, miksi bayi lebih dari 8 kali 24 jam meningkat, berat badan bayi meningkat, tetesan/pancaran asi meningkat, suplai asi adekuat meningkat, puting tidak lecet setelah 2 minggu melahirkan meningkat, kepercayaan diri ibu meningkat, bayi tidur setelah menyusu payudara ibu kosong setelah menyusu meningkat, intake bayi meningkat, hisapan bayi meningkat, lecet pada puting menurun, kelelahan maternal menurun, kecemasan maternal menurun, bayi rewel menurun, bayi menangis setelah menyusu menurun

Intervensi: Edukasi Menyusui:

Observasi:

1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

- 2) Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui

Terapeutik:

- 3) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- 4) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui
- 5) Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat

Edukasi:

- 6) Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi
- 7) Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (lacth on) dengan benar
- 8) Ajarkan perawatan payudara postpartum (mis. memerah ASI, pijat payudara, pijat oksitosin)

d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Tujuan: Toleransi aktivitas meningkat setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam

Kriteria Hasil: Frekuensi nadi meningkat, saturasi oksigen meningkat, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, kecepatan berjalan meningkat, jarak berjalan meningkat, kekuatan tubuh bagian atas meningkat, kekuatan tubuh bagian bawah meningkat, toleransi dalam menaiki tangga meningkat, keluhan lelah menurun, dispnea saat aktivitas menurun, dispnea setelah aktivitas menurun, perasaan lemah menurun, aritmia saat aktivitas menurun, aritmia setelah aktivitas menurun,

sianosis menurun, warna kulit membaik, tekanan darah membaik ,
frekuensi napas membaik, ekg iskemia membaik

Intervensi: Dukungan mobilisasi:

Observasi:

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Terapeutik:

- 5) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)
- 6) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi:

- 7) Jelaskan tujuan prosedur mobilisasi
- 8) Ajarkan tujuan dan prosedur mobilisasi (6-8 jam post operasi SC)
- 9) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

e. Defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan kelemahan (post operasi SC)

Tujuan: Perawatan diri meningkat setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam

Kriteria Hasil: Kemampuan mandi meningkat, kemampuan mengenakan pakaian meningkat, kemampuan makan meningkat, kemampuan ke toilet (bab/bak) meningkat, verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat, minat melakukan perawatan diri meningkat, mempertahankan kebersihan diri meningkat, mempertahankan kebersihan mulut meningkat

Intervensi: Dukungan Perawatan Diri: Mandi:

Observasi:

- 1) Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan
- 2) Monitor kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku)
- 3) Monitor integritas kulit

Terapeutik:

- 4) Sediakan peralatan mandi (mis. sabun, sikat gigi, *shampoo*, pelembap kulit)
- 5) Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman
- 6) Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan
- 7) Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan
- 8) Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian

Edukasi:

- 9) Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu

e. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (post operasi SC)

Tujuan: Tingkat infeksi menurun setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam

Kriteria Hasil: Kebersihan tangan meningkat, Kebersihan badan meningkat, nafsu makan menurun, demam menurun, kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun, vesikel menurun, cairan berbau busuk menurun, sputum berwarna hijau menurun, drainase purulen menurun, piuria menurun, periode malaise menurun, periode menggigil menurun, letargi menurun, gangguan kognitif menurun, kadar sel darah putih membaik, kultur darah membaik, kultur urine membaik, kultur sputum membaik, kultur area luka membaik, kultur feses membaik, kadar sel darah putih membaik.

Intervensi: Perawatan paska *sectio caesarea*:

Observasi:

- 1) Identifikasi riwayat kehamilan dan persalinan
- 2) Monitor tanda-tanda vital ibu
- 3) Monitor respon fisiologis (mis. nyeri, perubahan uterus, kepatenan jalan napas dan lokia)
- 4) Monitor kondisi luka dan balutan

Terapeutik:

- 5) Motivasi mobilisasi dini 6 jam
- 6) Fasilitasi kontak kulit ke kulit dengan bayi

- 7) Berikan dukungan menyusui yang memadai, jika memungkinkan

Edukasi:

- 8) Ajarkan latihan ekstremitas, perubahan posisi, batuk dan napas dalam
- 9) Anjurkan ibu cara menyusui, jika memungkinkan

f. Resiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi paska partum

Tujuan: tingkat perdarahan menurun setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam

Kriteria Hasil: kelembapan membran mukosa meningkat, kognitif meningkat, hemoptisis menurun, hematemesis menurun, hematuria menurun, pemerahan anus menurun, distensi abdomen menurun, perdarahan vagina menurun, perdarahan paska operasi menurun, hemoglobin membaik, hematokrit membaik, tekanan darah membaik.

Intervensi: Pencegahan Perdarahan

Observasi:

- 1) Monitor tanda dan gejala perdarahan
- 2) Monitor nilai hematokrit/hemoglobin

Terapeutik:

- 3) Pertahankan bed rest selama perdarahan

Edukasi:

- 4) Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
- 5) Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K
- 6) Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan

Kolaborasi:

- 7) Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu

g. Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan trauma/perdarahan

Tujuan: keseimbangan cairan meningkat setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam

Kriteria Hasil: asupan cairan meningkat, keluaran urin meningkat, kelembapan membran mukosa meningkat, edema menurun, dehidrasi menurun, asites menurun, konfusi menurun, tekanan darah membaik, denyut nadi radial membaik, turgor membaik.

Observasi:

- 1) Monitor frekuensi dan kekuatan nadi
- 2) Monitor frekuensi napas
- 3) Monitor tekanan darah
- 4) Monitor berat badan
- 5) Monitor waktu pengisian kapler
- 6) Monitor elastisitas atau turgor kulit
- 7) Monitor jumlah, warna dan berat jenis urine
- 8) Monitor kadar albumin dan protein total
- 9) Monitor hasil pemeriksaan serum (mis. osmolaritas serum, hematokrit, natrium, kalium, BUN)

- 10) Monitor intake dan output cairan
- 11) Identifikasi tanda-tanda hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah, konsentrasi urine meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat)
- 12) Identifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis. dispnea, edema perifer, edema anasarka, JVP meningkat, CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat)
- 13) Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan (mis. prosedur pembedahan mayor, trauma/perdarahan, luka bakar, aferesis, obstruksi intestinal, peradangan pankreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal)

Terapeutik:

- 14) Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien
- 15) Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi:

- 16) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- 17) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

h. Resiko gangguan perlekatan berhubungan dengan penghalang fisik

Tujuan: perlekatan meningkat setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam

Kriteria Hasil: mempraktikkan perilaku sehat selama hamil meningkat, menyiapkan perlengkapan bayi sebelum kelahiran meningkat, mencium bayi meningkat, tersenyum kepada bayi meningkat, berbicara meningkat, menghibur bayi meningkat, kekhawatiran menjalankan peran orang tua menurun, konflik hubungan orang tua dan bayi/anak menurun.

Intervensi: Promosi Perlekatan

Observasi:

- 1) Monitor kegiatan menyusui
- 2) Identifikasi kemampuan bayi menghisap dan menelan ASI
- 3) Identifikasi payudara ibu (mis bengkak, puting lecet, mastitis, nyeri pada payudara)
- 4) Monitor perlekatan saat menyusui (mis. aerola bagian bawah lebih kecil daripada areola bagian atas, mulut bayi terbuka lebar, bibir bayi terputar keluar dan dagu bayi menempel pada payudara ibu)

Terapeutik:

- 5) Hindari memegang kepala bayi
- 6) Diskusikan dengan ibu masalah selama proses menyusui

Edukasi:

- 7) Ajarkan ibu menopang seluruh tubuh bayi

- 8) Anjurkan ibu melepas pakaian bagian atas agar bayi dapat menyentuh payudara ibu
- 9) Anjurkan bayi yang mendekati kearah payudara ibu dari bagian bagian bawah
- 10) Anjurkan ibu untuk memegang payudara menggunakan jarinya seperti huruf “C” pada posisi jam 12-6 atau 3-9 saat mengarahkan ke mulut bayi
- 11) Anjurkan ibu untuk menyusui menunggu mulut bayi terbuka lebar sehingga areola bagian bawah dapat masuk sempurna
- 12) Ajarkan ibu mengenali tanda bayi siap menyusu

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan tindakan yang telah ditentukan, dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi secara optimal. Pelaksanaan tindakan keperawatan adalah implementasi keperawatan terhadap pasien secara urut sesuai prioritas masalah yang sudah dibuat dalam rencana tindakan asuhan keperawatan, termasuk didalamnya nomor urut dan waktu ditegakkannya suatu pelaksanaan asuhan keperawatan (Basri, 2020).

5. Evaluasi

Evaluasi dapat dilakukan pada waktu kegiatan sedang dilakukan, intermitten dan terminal. Evaluasi yang dilakukan pada saat kegiatan berjalan atau segera setelah implementasi meningkatkan kemampuan perawat dan memodifikasi intervensi. Evaluasi intermitten dilakukan dilakukan pada interval khusus misalnya seminggu sekali, dilakukan

untuk mengetahui kemajuan terhadap pencapaian tujuan dan meningkatkan kemampuan perawat untuk memperbaiki setiap kekurangan dan memodifikasi rencana keperawatan agar sesuai dengan kebutuhan. Evaluasi terminal, menunjukkan keadaan pasien pada waktu pulang. Hal tersebut mencakup status pencapaian tujuan dan evaluasi terhadap kemampuan pasien untuk perawatan diri sendiri sehubungan dengan perawatan lanjutan. (Wilkins & Williams, 2015). Perumusan evaluasi formatif meliputi 4 komponen yang dikenal istilah SOAP, yaitu :

S : Subjektif (data berupa keluhan informan)

O : Objektif (data hasil pemeriksaan)

A : Analisis data (pembanding data dengan teori)

P : Perencanaan

Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan.

BAB III

TINJAUAN KASUS

Dalam bab ini penulis akan menguraikan mengenai Asuhan Keperawatan pada pasien Ny.R dengan Post Partum *Sectio Caesarrea* di Rumah Sakit Umum Daerah KOJA Jakarta. Asuhan Keperawatan diberikan selama tiga hari dimulai dari tanggal 17 Maret 2022–19 Maret 2022 dengan menggunakan proses pendekatan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Data yang diperoleh oleh penulis adalah hasil dari pengamatan langsung dan pengkajian fisik berupa wawancara langsung dengan pasien.

1. Identitas pasien

Pasien bernama Ny.R usia 29 tahun, jenis kelamin perempuan, sudah menikah, beragama Islam, suku Jawa, pendidikan terakhir D3 Nautika, bahasa yang digunakan bahasa Indonesia, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, alamat jalan bambu kuning no IX No. 15 RT. 003 RW. 006 Cilincing, Jakarta Utara, sumber biaya ditanggung oleh BPJS, sumber informasi yang di dapatkan dari pasien dan keluarga.

2. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat kesehatan sekarang

Pasien post partum sectio caesarea nifas sejak 16 Maret 2022 hari ke-1, kelahiran anak pertama di RSUD KOJA Jakarta, pasien mengeluh saat ini masih merasakan nyeri pada luka SC, munculnya tidak tentu dan nyeri bertambah saat pasien mencoba bergerak, rasa nyeri di skala 8/10. Pasien mengatakan nyeri seperti di sayat-sayat. Pasien mengeluh tidak bisa bergerak karena nyeri. Pasien mengatakan masih keluar darah dari vagina. Pasien mengeluh setelah melahirkan di hari pertama sampai hari ketiga ASI tidak keluar, pada hari 2 dan 3 bayi hanya diberikan susu formula. Pasien mengeluh takut jika ASInya tidak akan keluar. Pasien mengatakan belum paham cara menyusui dengan benar. Pasien mengatakan belum mandi sejak masuk rumah sakit. Pasien tampak tidak nyaman, pasien tampak meringis dan gelisah akibat nyeri. Pasien tampak kesulitan bergerak. Pasien tampak khawatir kalau ASInya benar-benar tidak akan keluar. Pasien tampak bingung dengan posisi dan cara yang benar saat memberikan ASI. Rambut dan wajah pasien nampak berminyak dan tubuh pasien lengket.

b. Riwayat persalinan sekarang

Pasien melahirkan anak pertama pada tanggal 16 Maret 2022 dengan persalinan normal pukul 16:30 dengan jenis kelamin perempuan, BB 4000gr PB 52 cm. Pasien melahirkan secara sectio caesarea indikasi CPD (*Cephal Pelvic Disproportion*).

c. Riwayat Obstetri

Status obstetri pasien P1 nifas hari ke-1, dilahirkan di usia kehamilan 39 minggu *sectio caesarea*, jenis kelamin perempuan, di tolong oleh dokter dan perawat.

d. Riwayat keluarga berencana

Pasien belum pernah memakai kontrasepsi apapun karena pasien dan suami tidak menunda kehamilan setelah perkawinan. Pasien dan suami belum merencanakan untuk memakai atau tidak alat kontrasepsi setelah masa nifas selesai.

e. Riwayat imunisasi

Pasien mendapatkan 2x imunisasi TT saat pranikah dan hamil pada usia kehamilan 24 minggu.

f. Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan di dalam keluarga pasien memiliki riwayat penyakit jantung yaitu ibu pasien mengidap penyakit jantung.

g. Riwayat kebiasaan sehari-hari

1) Pola nutrisi/cairan

Pasien mengatakan makan sebanyak 2 kali sehari, jenis makanan yang dikonsumsi terdiri dari nasi, lauk pauk. Nafsu makan pasien baik, perut terasa kembung dan keras (kontraksi uterus) , tidak ada alergi terhadap makanan, tidak ada masalah mengunyah/ menelan. Berat badan saat sebelum hamil 77 kg, berat badan sekarang setelah melahirkan adalah 78 kg.

2) Pola eliminasi

Saat pengkajian pasien belum buang air besar (BAB) sejak masuk rumah sakit, hemoroid tidak ada, diare tidak ada, tidak ada penggunaan laksatif dan tidak ada keluhan selama BAB. Pasien buang air kecil (BAK) sebanyak kurang lebih 6-7 kali sehari, warna urin kuning, pasien tidak memiliki riwayat penyakit pada saluran kemih, pasien tidak memiliki riwayat penyakit pada saluran kemih, pasien tidak menggunakan obat diuretic.

3) *Personal hygiene*

Pasien belum mandi sejak datang kerumah sakit. pasien melakukan *oral hygiene* dua kali sehari setiap pagi dan malam sesudah makan. Pasien belum mencuci rambut sejak datang ke rumah sakit.

4) Pola aktivitas/istirahat dan tidur

Pasien merupakan ibu rumah tangga, sehari-hari pasien mengurus pekerjaan rumah tangga seperti memasak, menyapu, mengepel, mencuci baju dan mengurus suami dan anak. Hiburan pasien adalah menonton TV dan main handphone. Saat kehamilan (usia 24 minggu) pasien merasakan keluhan sesak napas terutama setelah melakukan aktivitas. Pasien mengatakan waktu istirahat di siang hari paling lama 2 jam. Pada saat pasien sudah melahirkan, pekerjaan rumah tangga dibantu oleh suami dan ibu pasien.

5) Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Pasien mengatakan tidak pernah mengonsumsi minuman keras, obat-obatan atau psikotropika dan merokok.

6) Pola seksualitas

Pasien mengatakan sebelum hamil pasien berhubungan seksual seminggu dua kali.

7) Pasien mengatakan kehamilan anak yang pertama direncanakan.

Perasaan pasien maupun keluarga terhadap kehamilan ini sangat bahagia. Pasien mengatakan siap menjadi ibu namun masih harus banyak belajar.

8) Status sosial ekonomi

Penghasilan pasien diperoleh dari suami yang bekerja sebagai pelaut yang berpenghasilan sebulan lebih dari Rp. 1.000.000 per bulan, keluarga Ny.R memiliki jaminan kesehatan berupa UMUM (BPJS), pengeluaran perbulan pasien kurang lebih Rp. 4.000.000-4.500.0000 per bulan.

3. Pemeriksaan Fisik

a. Sistem kardiovaskuler

Saat dilakukan pengkajian nadi pasien 158x/menit irama teratur, tekanan darah 107/60 mmHg, suhu badan 36,0°C, tidak ada tanda-tanda distensi vena jugularis, temperatur kulit pucat, pengisian kapiler kurang dari 2 detik, tidak ada edema pada wajah, kaki dan periorbital, tidak ada kelainan bunyi jantung, tidak ada nyeri dada, konjungtiva pasien anemis, sklera anikterik, pasien memiliki riwayat peningkatan tekanan

darah pada masa kehamilan, pasien mempunyai riwayat penyakit jantung yaitu ibu pasien mengidap penyakit jantung.

b. Sistem pernapasan

Saat dilakukan pengkajian jalan nafas pasien bersih, tidak menggunakan otot bantu pernapasan, pasien mengeluh sesak napas saat sedang nyeri, frekuensi pernapasan 22x/menit, irama pernapasan teratur dan dalam, pasien tidak mengeluh batuk, suara napas pasien vesikuler, pasien tidak memiliki riwayat penyakit pada paru-paru

c. Sistem pencernaan

Hasil dari pengkajian pasien didapatkan gigi pasien tidak terdapat karies, lidah pasien tidak kotor, mulut pasien tidak berbau. Pasien tidak ada masalah dalam mengonsumsi makanan seperti mual, muntah kesulitan menelan dan keluhan nyeri di perut. Berat badan pasien sekarang 78 kg, tinggi pasien 157 cm, bentuk tubuh pasien simetris dan ideal, mukosa mulut pasien lembab, pasien tidak mengeluh konstipasi, pasien tidak mengeluh pada diare, hepar pasien teraba, kondisi abdomen kembung dan tidak terdapat hemoroid.

d. Neurosensori

Hasil dari pengkajian pasien didapatkan tidak ada tanda-tanda disorientasi terhadap waktu dan tempat, pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran, pasien tidak mengeluh sakit kepala dan kesemutan di area ekstremitas, pasien mengeluh adanya kelemahan pada tubuh.

e. Sistem endokrin

Gula darah sewaktu pasien 86mg/dL, pasien puasa 8 jam sebelum operasi dan 6 jam setelah operasi, nafas pasien tidak berbau keton.

f. Sistem Urogenitalia

Hasil dari pengkajian pasien didapatkan pasien buang air kecil dalam sehari sebanyak 4-5 kali/hari, berwarna kuning, tidak ada keluhan saat BAK, tidak teraba distensi kandung kemih dan pasien menggunakan kateter urin.

g. Sistem integumen

Hasil dari pengkajian pasien didapatkan turgor kulit pasien elastis, warna kulit pucat, tidak ada lesi pada kulit, keadaan kulit baik dan sedikit lengket.

h. Sistem muskuloskeletal

Pasien tidak mengalami kesulitan dalam pergerakan akibat nyeri, pasien tidak terdapat kontraktur pada persendian ekstremitas, tidak terdapat edema, reflek patella normal, pasien mengeluh ada kesulitan dalam pergerakan akibat rasa nyeri.

i. Dada dan aksila

Mamae pasien tampak sedikit membesar, areola mammae mengalami hiperpigmentasi, papila mammae tampak *exverted*, kolostrum tidak keluar saat sesudah melahirkan, produksi ASI pasien tidak keluar saat menyusui namun keluar jika dipompa.

j. Perut / abdomen

Saat dilakukan pengkajian TFU pasien 2 jari dibawah pusat. Terdapat kontraksi uterus keras, perut membesar, nyeri saat kontraksi. Konsistensi uterus keras. Terdapat luka bekas operasi di abdomen pasien, kondisi luka baik, tidak kemerahan, tidak ada pembengkakan, tidak mengeluarkan cairan, ada penyatuan luka. Tidak ada tanda infeksi.

k. Anogenital

Lokia rubra, berwarna merah, dengan banyak $\frac{1}{2}$ softek (100cc), perinium utuh, tidak terdapat episiotomi, tidak terdapat tanda-tanda REEDA, total darah keluar 350cc.

4. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium pada 16 Maret 2022

Hematologi

Darah lengkap

Hemoglobin	12.9 g/dL	12.5 – 16.0 g/dL
Leukosit	$12.31 \times 10^3/\mu\text{L}$	$4.00 - 10.50 \times 10^3/\mu\text{L}$
Hematokrit	38.8 %	37.0-47.0 %
Trombosit	$26.5 \times 10^3/\mu\text{L}$	$182-369 \times 10^3/\mu\text{L}$
Eritrosit	4.53 juta/ μL	4.20 – 5.40 juta/ μL
MCV	87 fL	78 – 100 fL
MCH	29 pg	27 – 31 fg
MCHC	33 g/dl	32 – 36 g/dl
RDW-CV	14.9 %	11.5 – 14.0%
Laju Endap Darah	49 %	0 – 20 mm/jam

Hitung jenis

Basofil	0.2 %	0.1 – 1.2%
Eosinofil	0.9 %	0.7 – 5.8 %
Neutrofil	74.4 %	34.0 – 71.1 %
Limfosit	18.9 %	19.3 – 51.7 %
Monosit	5.6 %	4.7 – 12.5 %

Kimia Klinik

SGOT (AST)	24 U/L	< 32 U/L
SGPT (ALT)	10 U/L	< 33 U/L
Ureum	15.0 mg/dl	16.6 – 48. 5 mg/dl
Kreatinin	0.49 mg/dl	0.51 – 0.95 mg/dl
Glukosa Sewaktu	86 mg/dl	70 – 200 mg/dl

5. Penatalaksanaan

17 Maret 2022

Cefriaxone	2x1gr	(04.00)	(16.00)
Cefriaxone	2x200mg		(18.00)
Katorolac	3x1gr	(08.00)	(16.00)
Pronalges	3x1gr	(08.00)	(16.00)
Asam mefenamet	3x500mg	(12.00)	(18.00)
SF (Ferrous Sulfate)	2x300mg		(18.00)
Adalat oros	1x30mg	(12.00)	

6. Resume pasien

Seorang pasien bernama Ny. R usia 27 tahun masuk RSUD Koja Jakarta Utara pada tanggal 15 Maret 2022 pukul 12.16 WIB diantar oleh ibu dan

suaminya, dengan status obstetri G1P0A0 usia kehamilan 39 minggu. Dari hasil pengkajian tekanan darah 120/90mmHg, nadi 102x/menit, suhu 36,4°C, RR 20x/mnt, DJJ 142x/menit TFU 34cm. Pasien mengatakan sudah mulas sejak pagi namun belum yakin karena takut hal tersebut merupakan kontraksi palsu. Pada tanggal 16 Maret 2022 pukul 16.15 WIB, pasien melahirkan secara SC indikasi CPD anak pertama, berjenis kelamin perempuan dengan BB 4000gram PB 52 cm di RSUD KOJA Jakarta. Pengkajian pada tanggal 17 Maret 2022, nifas hari ke-1, Riwayat obstetri P1A0 anak hidup 1. Tekanan darah 107/60mmhg, nadi 158x/menit, suhu 36,0°C, RR 22x/menit, BB pasien sebelum hamil 77kg dan TB 157 cm, BB setelah melahirkan 78kg dan TB 157cm. Terdapat involusio uterus, uterus teraba bulat, kontraksi uterus, uterus keras, TFU 2 jari dibawah pusat. Pasien mengeluh saat ini masih merasakan nyeri pada luka SC, tidak dapat miring kanan miring kiri karena nyeri. P: pasien nyeri saat bergerak, Q: nyeri seperti di sayat-sayat, R: di area luka SC, S: skala 8 (1-10), T: hilang timbul. Pasien mengeluh tidak bisa bergerak karena nyeri. Pasien mengatakan masih keluar darah dari vagina. R: tidak ada kemerahan, E: tidak ada pembengkakan, E: tidak ada bercak darah/kebiruan, D: tidak ada cairan, A: penyatuan luka baik. Pasien mengeluh setelah melahirkan di hari pertama sampai hari ketiga ASI tidak keluar, pada hari 2 dan 3 bayi hanya diberikan susu formula. Pasien mengeluh takut jika ASInya tidak akan keluar. Pasien mengatakan belum paham cara menyusui dengan benar. Pasien mengatakan belum mandi sejak masuk rumah sakit. Pasien tampak tidak nyaman, pasien tampak meringis dan gelisah akibat nyeri. Pasien

tampak kesulitan bergerak. Pasien tampak khawatir kalau ASInya benar-benar tidak akan keluar. Pasien tampak bingung dengan posisi dan cara yang benar saat memberikan ASI. Payudara pasien membesar, areola mammae hiperpigmentasi, puting *exverted*, payudara lembek. Rambut dan wajah pasien nampak berminyak dan tubuh pasien lengket.

TTV:

BB sebelum hamil: 77kg

BB sesudah melahirkan: 78

TB: 157 cm

Tekanan darah: 107/60 mmHg

RR: 22x/mnt

Diagnosis keperawatan yang saya angkat adalah:

1. Nyeri akut b.d pencedera fisik (post operasi SC)
2. Resiko infeksi b.d efek prosedur invasif (post operasi SC)
3. Menyusui tidak efektif b.d ketidakadekuatan suplai ASI
4. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan
5. Defisit perawatan diri b.d kelemahan (post operasi SC)

7. Data Fokus

Data Subjektif: Pasien mengeluh saat ini masih merasakan nyeri pada luka SC, tidak dapat miring kanan miring kiri karena nyeri. P: pasien nyeri saat bergerak, Q: nyeri seperti di sayat-sayat, R: di area luka SC, S: skala 8 (1-10), T: hilang timbul. Pasien mengeluh tidak bisa bergerak karena nyeri. Pasien mengatakan masih keluar darah dari vagina. Pasien mengeluh setelah melahirkan di hari pertama sampai hari ketiga asi tidak keluar, pada

hari 2 dan 3 bayi hanya diberikan susu formula. Pasien mengeluh takut jika ASInya tidak akan keluar. Pasien mengatakan belum paham cara menyusui dengan benar. Pasien mengatakan belum mandi sejak masuk rumah sakit. Pasien tidak nyaman karena belum mandi dan merasa badannya kotor.

Data Objektif: Riwayat obstetri P1A0 anak hidup 1, nifas hari ke-1. Tekanan darah 107/60mmhg, nadi 158x/mnt, suhu 36,0°C, RR 22x/mnt. Pasien melahirkan bayi perempuan dengan BB 4000gram PB 52 cm. BB pasien sebelum hamil 77kg dan TB 157 cm, BB setelah melahirkan 78kg dan TB 157cm. Terdapat involusio uterus, kontraksi uterus, uterus keras, TFU 2 jari dibawah pusat. R: tidak ada kemerahan, E: tidak ada pembengkakan, E: tidak ada bercak darah/kebiruan, D: tidak ada cairan, A: penyatuan luka baik. Pasien tampak tidak nyaman, pasien tampak meringis dan gelisah akibat nyeri. Pasien tampak kesulitan bergerak. Pasien tampak khawatir kalau ASInya benar-benar tidak akan keluar. Pasien tampak bingung dengan posisi dan cara yang benar saat memberikan ASI. Payudara pasien membesar, Areola mammae hiperpigmentasi, puting *exverted*, payudara lembek. Rambut dan wajah pasien nampak berminyak dan tubuh pasien lengket.

8. Analisa Data

Tabel 2. Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	DS: 1. Pasien mengeluh saat ini masih merasakan nyeri pada luka SC, tidak	Nyeri akut	Berhubungan pecendera fisik

	dapat miring kanan miring kiri karena nyeri. 2. P: pasien nyeri saat bergerak, Q: nyeri seperti di sayat-sayat, R: di area luka SC, S: skala 8 (1-10), T: hilang timbul. 3. Pasien mengeluh tidak bisa bergerak karena nyeri. DO: 1. Post SC hari pertama 2. Pasien tampak tidak nyaman, 3. Pasien tampak meringis dan gelisah akibat nyeri. 4. Pasien tampak kesulitan bergerak. 5. Terdapat involusio uterus, kontraksi uterus, uterus keras, TFU 2 jari dibawah pusat. 6. R: tidak ada kemerahan, E: tidak ada pembengkakan, E: tidak ada bercak darah/kebiruan, D: tidak ada cairan, A: penyatuan luka baik. 7. TTV;		(luka post operasi <i>sectio caesarea</i>)
--	---	--	--

	Tekanan darah 107/60mmhg, Nadi 158x/mnt, Suhu 36,0°C, RR 22x/mnt.		
2.	DS: 1. Pasien mengeluh saat ini masih merasakan nyeri pada luka SC, tidak dapat miring kanan miring kiri karena nyeri. 2. P: pasien nyeri saat bergerak, Q: nyeri seperti di sayat-sayat, R: di area luka SC, S: skala 8 (1-10), T: hilang timbul. 3. Pasien mengatakan masih keluar darah dari vagina DO: 1. Post SC hari pertama 2. Pasien tampak tidak nyaman, 3. Pasien tampak meringis dan gelisah akibat nyeri. 4. R: tidak ada kemerahan, E: tidak ada pembengkakkan,	Resiko infeksi	Berhubungan dengan efek prosedur invasif (post operasi SC)

	E: tidak ada bercak darah/kebiruan, D: tidak ada cairan, A: penyatuan luka baik. 5. TTV: Tekanan darah 107/60mmhg, Nadi 158x/mnt, Suhu 36,0°C, RR 22x/mnt.		
3.	DS: 1. Pasien mengeluh takut jika ASInya tidak akan keluar. 2. Pasien mengatakan belum paham cara menyusui dengan benar. DO: 1. Pasien tampak khawatir kalau ASInya benar-benar tidak akan keluar. 2. Pasien tampak bingung dengan posisi dan cara yang benar saat memberikan ASI. 3. Payudara pasien membesar, Areola mammae hiperpigmentasi, puting <i>exverted</i>, payudara lembek	Menyusui tidak efektif	Berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI

4.	DS: 1. Pasien mengeluh saat ini masih merasakan nyeri pada luka SC, tidak dapat miring kanan miring kiri karena nyeri. 2. Pasien mengeluh tidak bisa bergerak karena nyeri. DO: 1. Post SC hari pertama 2. Pasien tampak tidak nyaman, 3. Pasien tampak meringis dan gelisah akibat nyeri. 4. Pasien tampak kesulitan bergerak.	Intoleransi aktivitas	Berhubungan dengan kelemahan
5	DS: 1. Pasien mengatakan belum mandi sejak masuk rumah sakit. 2. Pasien tidak nyaman karena belum mandi dan merasa badannya kotor. DO: 1. Rambut dan wajah pasien nampak berminyak dan tubuh pasien lengket.	Defisit perawatan diri	Berhubungan dengan kelemahan (post operasi SC)

B. Diagnosis Keperawatan

- a. Nyeri kut berhubungan dengan pencedera fisik (post operasi SC)
- b. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (post operasi SC)
- c. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI
- d. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
- e. Defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan kelemahan (post operasi SC)

C. Rencana Keperawatan, Implementasi, Evaluasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisik (post operasi SC)

Data Subjektif:

Pasien mengeluh saat ini masih merasakan nyeri pada luka SC, tidak dapat miring kanan miring kiri karena nyeri. P: pasien nyeri saat bergerak, Q: nyeri seperti di sayat-sayat, R: di area luka SC, S: skala 8 (1-10), T: hilang timbul. Pasien mengeluh tidak bisa bergerak karena nyeri

Data Objektif:

Tekanan darah 107/60mmhg, nadi 158x/mnt, suhu 36,0°C, RR 22x/mnt. Terdapat involusio uterus, kontraksi uterus, uterus keras, TFU 2 jari dibawah pusat. R: tidak ada kemerahan, E: tidak ada pembengkakan, E: tidak ada bercak darah/kebiruan, D: tidak ada cairan, A: penyatuan luka baik. Pasien tampak tidak nyaman, pasien tampak meringis dan gelisah akibat nyeri. Pasien tampak kesulitan bergerak.

Tujuan: Tingkat nyeri menurun setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam

Kriteria Hasil: Pasien mampu dalam menuntaskan aktivitas meningkat, keluhan nyeri pasien menurun menjadi skala 4, ekspresi wajah pasien tidak meringis, pasien tampak rileks.

Perencanaan Tindakan:

Observasi:

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b. Identifikasi skala nyeri
- c. Identifikasi respon nyeri non verbal
- d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- f. Monitor efek samping analgetik (ketorolac 3x1gr)

Terapeutik:

- g. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi napas dalam)
- h. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- i. Fasilitasi istirahat dan tidur

Edukasi:

- j. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- k. Jelaskan strategi meredakan nyeri

- l. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi napas dalam)

Kolaborasi:

- m. Kolaborasi pemberian ketorolac 3x1gr

Implementasi:

Tanggal 17 Maret 2022

Pukul 15.00 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri dan mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Rasional: P: pasien nyeri saat bergerak, Q: nyeri seperti di sayat-sayat, R: di area luka SC, S: skala 8 (1-10), T: hilang timbul; pukul 15.10 menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri dan mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri. Rasional: pasien mengatakan paham kenapa bisa terjadi nyeri, tidak ada budaya yang mempengaruhi terhadap nyeri. Pukul 15.15 mengidentifikasi respon nyeri non verbal. Rasional: Pasien tampak meringis; Pukul 15.35 menjelaskan strategi meredakan nyeri. Rasional: Pasien sudah memahami; Pukul 15.50 memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri menganjurkan pasien untuk relaksasi napas dalam. Rasional: Pasien tampak mampu melakukan relaksasi napas dalam dan pasien mengatakan sedikit lebih rileks, pukul 16.00 kolaborasi pemberian analgetik. Rasional: Ketorolac 3x1gr; Pada pukul memfasilitasi istirahat dan tidur dan mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. Rasional: Pasien istirahat dan tidur, lingkungan dibuat nyaman pasien dari suhu dan penerangan.

Tanggal 18 Maret 2022

Pukul 08.00 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Rasional: P: pasien nyeri saat bergerak, Q: nyeri seperti di sayat-sayat, R: di area luka SC, S: skala 6 (1-10), T: hilang timbul; Pukul 08.05 kolaborasi pemberian analgetik. Rasional: Ketorolac 3x1gr. Rasional: pasien lebih nyaman; pukul 09.25 mengidentifikasi respon nyeri non verbal dan memonitor efek samping analgetik. Rasional: Pasien tampak meringis; Pukul 09.40 memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri menganjurkan pasien untuk relaksasi napas dalam. Rasional: Pasien tampak mampu melakukan relaksasi napas dalam sendiri dan pasien mengatakan sedikit lebih rileks.

Tanggal 19 Maret 2022

Pukul 08.10 memberikan obat analgetik sesuai program: pasien sudah diberi obat ketorolac 3x1gr IV, meringis pasien tampak berkurang; Pukul 08.20 mengidentifikasi skala nyeri dan memonitor efek samping analgetik (ketorolac 3x1gr). Rasional: pasien mengatakan nyeri sudah berkurang menjadi 4 (0-10).

Evaluasi:

Tanggal 17 Maret 2022

Subjektif: P: pasien nyeri saat bergerak, Q: nyeri seperti di sayat-sayat, R: di area luka SC, S: skala 8 (1-10), pasien mengatakan sedikit lebih rileks, pasien mengatakan paham kenapa bisa terjadi nyeri.

Objektif: Pasien tampak meringis, Pasien tampak mampu melakukan relaksasi napas dalam, tidak ada budaya yang mempengaruhi terhadap nyeri, lingkungan dibuat nyaman pasien dari suhu dan penerangan.

Analisa: Intervensi belum tercapai

Penatalaksanaan: Tindakan dilanjutkan

Tanggal 18 Maret 2022

Subjektif: P: pasien nyeri saat bergerak, Q: nyeri seperti di sayat-sayat, R: di area luka SC, S: skala 6 (1-10), Pasien mengatakan sedikit lebih rileks

Objektif: Pasien tampak meringis, pasien tampak bisa melakukan relaksasi napas dalam sendiri

Analisa: Intervensi belum tercapai

Pelaksanaan: Tindakan dilanjutkan

Tanggal 19 Maret 2022

Subjektif: Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang menjadi 4 (0-10)

Objektif: Meringis pasien tampak berkurang

Analisa: Intervensi belum tercapai

Penatalaksanaan: Tindakan dihentikan

2. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (post operasi SC)

Data Subjektif:

Pasien mengeluh saat ini masih merasakan nyeri pada luka SC, tidak dapat miring kanan miring kiri karena nyeri. P: pasien nyeri saat bergerak, Q: nyeri seperti di sayat-sayat, R: di area luka SC, S: skala 8 (1-10), T: hilang timbul. Pasien mengatakan masih keluar darah dari vagina

Data Objektif:

Pasien tampak tidak nyaman, pasien tampak meringis dan gelisah akibat nyeri. R: tidak ada kemerahan, E: tidak ada pembengkakan, E: tidak ada bercak darah/kebiruan, D: tidak ada cairan, A: penyatuan luka baik.

Tujuan: Tingkat infeksi menurun setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam

Kriteria Hasil: Kebersihan tangan meningkat, Kebersihan badan meningkat, nyeri menurun, gangguan kognitif menurun

Perencanaan Tindakan:**Observasi:**

- a. Identifikasi riwayat kehamilan dan persalinan
- b. Monitor TTV
- c. Monitor respon fisiologis (mis. nyeri, perubahan uterus, kepatenan jalan napas dan lokia)
- d. Monitor kondisi luka dan balutan

Terapeutik:

- e. Motivasi mobilisasi dini 6 jam
- f. Berikan dukungan menyusui
- g. Fasilitasi kontak kulit ke kulit dengan bayi

Edukasi:

- h. Ajarkan perubahan posisi dan napas dalam
- i. Anjurkan ibu cara menyusui

Implementasi:

Tanggal 17 Maret 2022

Pukul 14.00 mengukur TTV. Rasional: Tekanan darah 107/60mmhg, nadi 158x/mnt, suhu 36,0°C, RR 22x/mnt; mengidentifikasi riwayat kehamilan dan persalinan. Rasional: P1AO; pukul 16.10 Memonitor kondisi luka dan balutan. Rasional: R: tidak ada kemerahan, E: tidak ada pembengkakan, E: tidak ada bercak darah/kebiruan, D: tidak ada cairan, A: penyatuan luka baik, pasien mengatakan nyeri diarea luka skala 7; Pukul 16.20 memberikan dukungan menyusui yang memadai. Rasional: pasien mengatakan ASI tetap tidak keluar; Pukul 16.30 mengajarkan perubahan posisi dan napas dalam. Rasional: pasien mengatakan masih nyeri dan belum bisa merubah posisi pasien tampak mengerti cara rileksasi napas dalam. Pukul 16.50 memonitor respon fisiologis. Rasional: pasien mengatakan nyeri skala 8, tampak terjadi involusi uteri.

Tanggal 18 Maret 2022

Pukul 08.00 mengukur TTV. Rasional: Tekanan darah 105/75mmhg, nadi 99x/mnt, suhu 36,4°C, RR 21x/mnt; pukul 10.15 memonitor balutan dan luka (melakukan ganti perban). Rasional: pasien mengatakan lebih nyaman dengan R: tidak ada kemerahan, E: tidak ada pembengkakan, E: tidak ada bercak darah/kebiruan, D: tidak ada cairan, A: penyatuan luka baik, pasien mengatakan nyeri diarea luka skala 7; pukul 11.00 memotivasi mobilisasi dini 6 jam. Rasional: pasien mengatakan belum bisa bergerak karena nyeri; pukul 11.20 memberikan dukungan menyusui yang memadai dan memfasilitasi kontak kulit ke kulit dengan bayi. Rasional: pasien mengatakan ASI tetap tidak keluar, ibu dan bayi tampak saling berkontak

kulit. Pukul 12.20 menganjurkan ibu cara menyusui: pasien mengatakan paham cara menyusui.

Tanggal 19 Maret 2022

Pukul 08.00 mengukur TTV: TD: 112/81 mmHg, suhu: 36,4°C, nadi: 88 x/menit, dan RR: 20 x/menit; Pukul 10.00 memonitor balutan dan luka.

Rasional: pasien mengatakan lebih nyaman dengan R: tidak ada kemerahan, E: tidak ada pembengkakkan, E: tidak ada bercak darah/kebiruan, D: tidak ada cairan, A: penyatuan luka baik, pasien mengatakan nyeri di area luka berkurang skala 4; Pukul 10.20 memberikan dukungan menyusui yang memadai. Rasional: pasien mengatakan ASI sudah keluar dengan bantuan pompa ASI.

Evaluasi:

Tanggal 17 Maret 2022

Subjektif: Pasien mengatakan nyeri diarea luka skala 8, pasien mengatakan ASI tetap tidak keluar, pasien mengatakan masih nyeri dan belum bisa merubah posisi.

Objektif: TTV: Tekanan darah 107/60mmhg, nadi 158x/mnt, suhu 36,0°C, RR 22x/mnt. R: tidak ada kemerahan, E: tidak ada pembengkakkan, E: tidak ada bercak darah/kebiruan, D: tidak ada cairan, A: penyatuan luka baik, tampak terjadi involusi uteri.

Analisa: Intervensi belum tercapai

Pelaksanaan: Tindakan dilanjutkan

Tanggal 18 Maret 2022

Subjektif: Pasien mengatakan nyeri diarea luka skala 7, pasien mengatakan lebih nyaman, pasien mengatakan ASI tetap tidak keluar, pasien mengatakan paham cara menyusui.

Objektif: TTV. Rasional: Tekanan darah 105/75mmhg, nadi 99x/mnt, suhu 36,4°C, RR 21x/mnt, R: tidak ada kemerahan, E: tidak ada pembengkakkan, E: tidak ada bercak darah/kebiruan, D: tidak ada cairan, A: penyatuan luka baik, ibu dan bayi tampak saling berkontak kulit.

Analisa: Intervensi belum tercapai

Pelaksanaan: Tindakan dilanjutkan

Tanggal 19 Maret 2022

Subjektif: Pasien mengatakan nyeri diarea luka skala 4, pasien mengatakan ASI sudah keluar dengan bantuan pompa ASI.

Objektif: TTV: TD: 112/81 mmHg, suhu: 36,4°C, nadi: 88 x/menit, dan RR: 20 x/menit, R: tidak ada kemerahan, E: tidak ada pembengkakkan, E: tidak ada bercak darah/kebiruan, D: tidak ada cairan, A: penyatuan luka baik

Analisa: Intervensi tercapai

Pelaksanaan: Tindakan dihentikan

3. Menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI

Data Subjektif:

Pasien mengeluh takut jika ASInya tidak akan keluar. Pasien mengatakan belum paham cara menyusui dengan benar.

Data Objektif:

Pasien tampak khawatir kalau ASInya benar-benar tidak akan keluar. Pasien tampak bingung dengan posisi dan cara yang benar saat memberikan ASI. Payudara pasien membesar, areola mammae hiperpigmentasi, puting *exverted*, payudara lembek

Tujuan: Status menyusui membaik setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam

Kriteria Hasil: Perlekatan bayi pada payudara ibu meningkat, kemampuan ibu memosisikan bayi dengan benar meningkat, tetesan/pancaran asi meningkat, suplai ASI adekuat meningkat.

Perencana Tindakan:

Observasi:

- a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- b. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui

Terapeutik:

- c. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- d. Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui
- e. Libatkan sistem pendukung: suami, keluarga, tenaga kesehatan dan masyarakat

Edukasi:

- f. Jelaskan manfaat menyusui bagi ibu dan bayi
- g. Ajarkan 4 (empat) posisi menyusui dan perlekatan (*lacth on*) dengan benar
- h. Ajarkan perawatan payudara postpartum (Pijat oksitosin)

Implementasi:

Tanggal 17 Maret 2022

Pukul 17.00 mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui dan melibatkan sistem pendukung. Rasional: pasien tampak terus mencoba menyusui bayi walaupun ASI belum juga keluar, ibu pasien tampak ikut membantu pasien untuk menyusui; pukul 17.20 mengidentifikasi tujuan atau keinginan menyusui dan mengajarkan perawatan payudara postpartum (pijat oksitosin): Pasien mengatakan mengerti tujuan menyusui dan cara pijat oksitoksin; pukul 18.00 menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. Rasional: pasien mengatakan akan menerima penkes jika sedang tidak nyeri saja.

Tanggal 18 Maret 2022

Pukul 12.10 mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. Rasional: pasien dapat menerima materi (nyeri pasien sedang berkurang karena baru diberikan obat asma mefenamat di jam 12.00); pukul 12.15 menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan. Rasional: media yang dipakai adalah lembar balik dan leaflet; pukul 12.20 mengajarkan 4 (empat) posisi menyusui, perlekatan (latch on) dengan benar dan evaluasi materi pijat oksitosin pada tanggal 17 maret kemarin. Rasional: pasien mengatakan paham mengenai materi penkes dan akan mencoba melakukan posisi dan latch on dengan benar, pasien tampak mengerti dengan materi penkes, pasien tampak antusias mendengarkan materi yang disampaikan.

Tanggal 19 Maret 2022

Pukul 10.30 mendukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui. Rasional: pasien mengatakan akan tetap memberikan ASI eksklusif pada bayi, pasien mengatakan ASI sudah keluar menggunakan pompa ASI.

Evaluasi:

Tanggal 17 Maret 2022

Subjektif: Pasien mengatakan mengerti tujuan menyusui dan cara pijat oksitoksin, pasien mengatakan akan menerima penkes jika sedang tidak nyeri saja

Objektif: pasien tampak terus mencoba menyusui bayi walaupun ASI belum juga keluar, ibu pasien tampak ikut membantu pasien untuk menyusui

Analisa: Intervensi belum tercapai

Pelaksanaan: Tindakan dilanjutkan

Tanggal 18 Maret 2022

Subjektif: pasien mengatakan paham mengenai materi penkes dan akan mencoba melakukan posisi dan *lacth on* dengan benar

Objektif: pasien tampak mengerti dengan materi penkes, pasien tampak antusias mendengarkan materi yang disampaikan

Analisa: Intervensi belum tercapai

Penatalaksanaan: Tindakan dilanjutkan

Tanggal 19 Maret 2022

Subjektif: pasien mengatakan akan tetap memberikan ASI eksklusif pada bayi, pasien mengatakan ASI sudah keluar menggunakan pompa ASI.

Objektif: Tidak ada

Analisa: Intervensi tercapai

Penatalaksanaan : Tindakan dihentikan

4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Data Subjektif: Pasien mengeluh saat ini masih merasakan nyeri pada luka SC, tidak dapat miring kanan miring kiri karena nyeri, pasien mengeluh tidak bisa bergerak karena nyeri.

Data Objektif: Post SC hari pertama, pasien tampak tidak nyaman, pasien tampak meringis dan gelisah akibat nyeri, pasien tampak kesulitan bergerak.

Tujuan: Toleransi aktivitas meningkat setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam

Kriteria Hasil: Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, kekuatan tubuh bagian atas meningkat, kekuatan tubuh bagian bawah meningkat, keluhan lelah menurun, perasaan lemah menurun.

Perencanaan Tindakan: Dukungan Mobilisasi:

Observasi:

- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- c. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- d. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Terapeutik:

- e. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)
- f. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi:

- g. Ajarkan tujuan dan prosedur mobilisasi
- h. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

Implementasi :

Tanggal 17 Maret 2022

Pukul 18.45 mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Rasional: P: pasien nyeri saat bergerak, Q: nyeri seperti di sayat-sayat, R: di area luka SC, S: skala 8 (1-10), T: hilang timbul, pasien mengatakan badannya lemas, pasien tampak meringis; pukul 19.00 mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Rasional: pasien mengatakan takut bergerak dan tidak bisa bangun untuk duduk karena nyeri.

Tanggal 18 Maret 2022

Pukul 08.00 mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Rasional: P: pasien nyeri saat bergerak, Q: nyeri seperti di sayat-sayat, R: di area luka SC, S: skala 5 (1-10), T: hilang timbul, pasien mengatakan lemas berkurang. Pukul 08.05 mengajarkan tujuan dan prosedur mobilisasi

dan mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Rasional: pasien mengatakan paham tujuan mobilisasi dan ingin dibantu untuk bangun ke kamar mandi. Pukul 08.10 memonitor frekuensi jantung, tekanan darah dan kondisi umum sebelum memulai mobilisasi dan memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur). Rasional: Tekanan darah 105/75mmhg, nadi 99x/mnt, keadaan umum pasien compos mentis, pasien mencoba untuk dapat duduk dan berdiri dengan memegang pagar tempat tidur dan perawat, pasien dapat ke kamar mandi dengan bantuan.

Tanggal 19 Maret 2022

Pukul 08.20 mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Rasional: P: pasien nyeri saat bergerak, Q: nyeri seperti di sayat-sayat, R: di area luka SC, S: skala 4 (1-10), T: hilang timbul, pasien mengatakan lemas berkurang. Pukul 08.30 mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Rasional: Pasien mengatakan ingin dibantu untuk duduk di pinggir tempat tidur; pukul 08.35 mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan dan melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Rasional: Pasien dapat duduk dipinggir tempat tidur dengan bantuan perawat dan keluarga pasien.

Evaluasi :

Tanggal 17 Maret 2022

Subjektif: P: pasien nyeri saat bergerak, Q: nyeri seperti di sayat-sayat, R: di area luka SC, S: skala 8 (1-10), T: hilang timbul, pasien mengatakan

badannya lemas, pasien mengatakan takut bergerak dan tidak bisa bangun untuk duduk karena nyeri.

Objektif: Pasien tampak meringis

Analisa: Intervensi belum tercapai

Pelaksanaan: Tindakan dilanjutkan

Tanggal 18 Maret 2022

Subjektif: P: pasien nyeri saat bergerak, Q: nyeri seperti di sayat-sayat, R: di area luka SC, S: skala 5 (1-10), T: hilang timbul, pasien mengatakan lemas berkurang, pasien mengatakan paham tujuan mobilisasi dan ingin dibantu untuk bangun ke kamar mandi.

Objektif: Pasien tampak mencoba untuk dapat duduk dan berdiri dengan memegang pagar tempat tidur dan perawat, pasien dapat ke kamar mandi dengan bantuan perawat dan keluarga pasien.

Analisa: Intervensi belum tercapai

Penatalaksanaan: Tindakan dilanjutkan

Tanggal 19 Maret 2022

Subjektif: P: pasien nyeri saat bergerak, Q: nyeri seperti di sayat-sayat, R: di area luka SC, S: skala 4 (1-10), T: hilang timbul, pasien mengatakan lemas berkurang, pasien mengatakan ingin dibantu untuk duduk di pinggir tempat tidur.

Objektif: Pasien dapat duduk dipinggir tempat tidur dengan bantuan.

Analisa: Intervensi belum tercapai

Penatalaksanaan: Tindakan dihentikan

5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

Data Subjektif: Pasien mengatakan belum mandi sejak masuk rumah sakit, pasien tidak nyaman karena belum mandi dan merasa badannya kotor.

Data Objektif: Rambut dan wajah pasien nampak berminyak dan tubuh pasien lengket.

Tujuan: Perawatan diri meningkat setelah dilakukan asuhan keperawatan 1 x 24 jam

Kriteria Hasil: Kemampuan mandi meningkat, kemampuan mengenakan pakaian meningkat, kemampuan ke toilet (bab/bak) meningkat, verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat, minat melakukan perawatan diri meningkat, mempertahankan kebersihan diri meningkat, mempertahankan kebersihan mulut meningkat

Perencana Tindakan:

Obeservasi:

- a. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan
- b. Monitor kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku)
- c. Monitor integritas kulit

Terapeutik:

- d. Sediakan peralatan mandi (mis. sabun, sikat gigi, shampoo, pelembap kulit)
- e. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman
- f. Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan
- g. Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan
- h. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian

Edukasi:

- i. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan

Implementasi:

Tanggal 17 Maret 2022

Pukul 14.50 mengidentifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan dan memonitor integritas kulit. Rasional: pasien belum bisa bangun ke kamar mandi, kulit pasien tampak lengket; pukul 15.00 memonitor kebersihan tubuh. Rasional: tubuh tampak pasien kotor dan lengket; pukul 15.10 menyediakan peralatan mandi. Rasional: washlap, sabun cair, air hangat; pukul 15.15 menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman. Rasional: pasien mengatakan nyaman; pukul 15.20 memberikan bantuan sesuai tingkat kemandirian (mandi) dan memfasilitasi mandi (mandi di tempat tidur). Rasional: Pasien mengatakan menjadi lebih nyaman dan pasien tampak lebih segar.

Tanggal 18 Maret 2022

Pukul 08.10 mengidentifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan. Rasional: pasien mengatakan minta dibantu untuk bangun ke kamar mandi dan bantu untuk mandi. Pukul 08.15 menyediakan peralatan mandi. Rasional: washlap, sabun cair, air hangat; pukul 08.18 menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman. Rasional: Pasien mengatakan nyaman; pukul 08.20 memberikan bantuan sesuai tingkat kemandirian (mandi). Rasional: Pasien menjadi lebih nyaman dan lebih segar.

Tanggal 19 Maret 2022

pukul 09.00 memberikan bantuan sesuai tingkat kemandirian dan memfasilitasi menggosok gigi. Rasional: Pasien mengatakan menjadi lebih nyaman, pasien tampak lebih segar.

Evaluasi :

Tanggal 17 Maret 2022

Subjektif: Pasien belum bisa bangun ke kamar mandi, pasien mengatakan nyaman, pasien mengatakan menjadi lebih nyaman.

Objektif: Tubuh pasien tampak kotor dan lengket, alat yang disiapkan washlap, sabun cair, air hangat, pasien tampak lebih segar.

Analisa: Intervensi belum tercapai

Pelaksanaan: Tindakan dilanjutkan

Tanggal 18 Maret 2022

Subjektif: Pasien mengatakan minta dibantu untuk bangun ke kamar mandi dan bantu untuk mandi, pasien mengatakan nyaman

Objektif: Pasien tampak lebih segar

Analisa: Intervensi belum tercapai

Penatalaksanaan: Tindakan dilanjutkan

Tanggal 19 Maret 2022

Subjektif: Pasien mengatakan menjadi lebih nyaman

Objektif: Pasien tampak lebih segar.

Analisa: Intervensi tercapai

Penatalaksanaan: Tindakan dihentikan

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas tentang kesenjangan antara teori dan kasus pada pasien Ny. R dengan Post Partum SC di Rumah Sakit Koja Jakarta, analisa faktor-faktor pendukung dan penghambat serta alternatif pemecahan masalah dalam pemberian asuhan keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi

A. Pengkajian

Data yang dikumpulkan oleh penulis yaitu data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh dari pengkajian fisik dan observasi sedangkan data sekunder diperoleh dari wawancara dengan pasien dan keluarga. Berdasarkan dari hasil pengkajian ada kesenjangan antara teori dan kasus. Berdasarkan teori menurut Martalia (2012), adaptasi perubahan fisiologis masa nifas yaitu perubahan pada tanda-tanda vital, perubahan pada sistem reproduksi, perubahan pada sistem pencernaan, perubahan pada sistem perkemihan, perubahan pada sistem endokrin, perubahan pada sistem kardiovaskuler, perubahan pada sistem hematologi, perubahan pada sistem musculoskeletal. Pada teori dijelaskan pada saat partus frekuensi pernapasan akan meningkat karena kebutuhan oksigen yang tinggi untuk tenaga ibu meneran/ mengejan dan mempertahankan agar persediaan oksigen ke janin tetap terpenuhi. Setelah partus frekuensi pernapasan akan kembali normal, namun Pada kasus pasien tidak ditemukan adanya perubahan pada sistem tanda-tanda vital yaitu pernapasan pasien normal

dari hari pertama sampai dengan ke tiga ditandai dengan bunyi napas pasien vasikuler dan pernapasan 20x/menit- 22x/menit.

Berdasarkan teori menurut Sukma dkk (2017), adaptasi perubahan psikologis masa nifas yaitu post partum blues, kesedihan dan duka cita, sedangkan pada kasus pasien tidak mengalami post partum blues, kesedihan dan duka cita karena pasien sangat senang dan bahagia atas kelahiran bayi pertamanya. Pasien selalu diberi dukungan oleh suami dan keluarga. Pasien sangat senang berinteraksi dengan bayi yang baru saja dilahirkan, menyusui bayi baru lahir, penyesuaian terhadap peran barunya sebagai ibu, hubungannya yang baru dalam keluarga, serta peningkatan pemahaman ibu dalam perawatan diri setelah proses melahirkan.

Berdasarkan teori menurut Walyani (2017), menyebutkan beberapa komplikasi yang terjadi pada masa nifas, yaitu infeksi nifas ditandai dengan peradangan alat genitalia dan suhu meningkat 0,50 yaitu sampai dengan 38,0°C, kelainan pada payudara ditandai dengan payudara membengkak, dan perdarahan pervagina ditandai dengan keluarnya darah sebanyak 500cc atau lebih. Pada kasus tidak terdapat komplikasi yang disebutkan di atas pada pasien dengan hasil pengkajian tidak terdapat peradangan pada perkemihan, suhu pasien 36,0°C, payudara pasien teraba normal (tidak lembek tidak keras), dan pengeluaran total darah pasien 350cc.

Faktor pendukung dalam perencanaan adalah sumber-sumber yang memadai dan keluarga yang kooperatif selama pelaksanaan tindakan, lingkungan yang kondusif dan tersedianya alat-alat yang mendukung. Faktor

penghambat dalam pelaksanaan adalah pasien yang kooperatif karena pasien mengatakan masih merasa nyeri pada daerah luka SC dan abdomen.

B. Diagnosis keperawatan

Pada tahap ini penulis menyusun berdasarkan prioritas yang bersifat aktual. Berdasarkan teori terdapat sembilan diagnosis keperawatan dan pada kasus juga terdapat lima diagnosis keperawatan. Lima diagnosis sesuai dengan teori dan empat diagnosis yang ada pada teori namun tidak ditemukan di kasus.

Diagnosis pertama yang ada pada teori namun tidak ditemukan di kasus yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. Diagnosis tersebut tidak diangkat penulis karena pasien tidak mengeluhkan jam tidurnya selama dirawat, pasien tetap tidur karena keluarga pasien menjaga bayi selama pasien tertidur. Diagnosis kedua yaitu resiko perdarahan berhubungan dengan komplikasi paska partum. Diagnosis tersebut tidak diangkat penulis karena pasien tidak mengalami atonia uteri dan jumlah total darah keluar adalah 350cc. Diagnosis ketiga yaitu resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan trauma/perdarahan. Diagnosis tersebut tidak diangkat penulis karena pada pasien tidak terdapat tanda-tanda perdarahan seperti keluarnya darah sebanyak 500cc atau lebih setelah melahirkan. Diagnosis keempat yaitu resiko gangguan perlekatan berhubungan dengan penghalang fisik (Inkubator dan baby warmer). Diagnosis tersebut tidak diangkat penulis karena pasien tidak memiliki masalah dengan keluarga, bayi dan ibu di rawat dalam ruangan yang sama. Menurut Girsang (2016), perlekatan/bonding yang lebih baik pada ibu dan bayi adalah dirawat gabung.

Tidak terdapat faktor penghambat dalam penegakan diagnosis. Faktor pendukung dalam merumuskan diagnosis keperawatan adalah tersedianya sumber buku yang memadai baik di perpustakaan nasional maupun perpustakaan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada Jakarta serta catatan medis pasien sebagai referensi dalam menentukan masalah yang terjadi pada pasien untuk membuat diagnosis keperawatan.

C. Perencanaan

Perencanaan keperawatan yang dibuat dan disusun berdasarkan pada teori dan kebutuhan pasien. Tujuan dalam rencana keperawatan disesuaikan dengan waktu praktik yaitu selama 3 x 24 jam yang meliputi penetapan masalah prioritas, perumusan diagnosis, penentuan tujuan dan kriteria hasil, serta rencana tindakan.

Pada diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (operasi SC) semua intervensi telah dilakukan penulis dan sudah sesuai dengan intervensi pada teori, begitu juga dengan diagnosis lainnya yang terdapat pada kasus yaitu resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (post operasi SC), menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan kelemahan (post operasi SC) semua intervensi telah dilakukan penulis.

Faktor pendukung dalam perencanaan adalah sumber-sumber yang memadai dan keluarga yang kooperatif selama pelaksanaan tindakan, lingkungan yang kondusif dan tersedianya alat-alat peraga yang mendukung.

Faktor penghambat dalam pelaksanaan adalah pasien yang kurang kooperatif karena pasien mengatakan masih merasa nyeri pada daerah luka SC dan abdomen

D. Implementasi

Secara keseluruhan rencana tindakan keperawatan yang sesuai dengan teori sudah dilakukan. Rencana yang sudah disusun dapat diimplementasikan selama 3 hari. Namun dalam pelaksanaan tindakan keperawatan tidak semua dilakukan oleh penulis selama 24 jam, tetapi penulis melakukan tindakan secara bergantian pada hari sebelumnya. Pada kunjungan berikutnya penulis mengobservasi kembali mendatangi kamar rawat pasien dan menanyakan keluhan apa saja yang dirasakan dan apakah penyuluhan yang sudah diberikan oleh penulis dilakukan atau tidak oleh pasien serta mengulangi kembali cara-cara yang sudah diajarkan penulis kepada pasien. Faktor pendukung dalam pelaksanaan adalah keluarga yang kooperatif selama pelaksanaan tindakan, lingkungan yang kondusif dan tersedianya alat-alat peraga yang mendukung. Faktor penghambat dalam pelaksanaan adalah pasien yang kooperatif karena pasien mengatakan masih merasa nyeri pada daerah luka SC dan abdomen.

E. Evaluasi

Evaluasi disesuaikan dengan teori yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Dari kelima diagnosis keperawatan hanya tiga diagnosis yang teratasi dan dua diagnosis yang belum teratasi. Diagnosis pertama yang teratasi adalah resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (post operasi SC) ditandai dengan Pasien mengatakan nyeri diarea luka berkurang, R: tidak ada

kemerahan, E: tidak ada pembengkakan, E: tidak ada bercak darah/kebiruan, D: tidak ada cairan, A: penyatuan luka baik. Diagnosis kedua yang teratasi adalah menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI, masalah keperawatan teratasi dengan ditandai pasien mengatakan mengerti tujuan menyusui, cara menyusui dengan benar, posisi menyusui dan cara pijat oksitoksin, pasien mengatakan akan tetap memberikan ASI eksklusif pada bayi, pasien mengatakan ASI sudah keluar menggunakan pompa ASI. Diagnosis ketiga yang teratasi adalah defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan kelemahan (post operasi SC) ditandai dengan pasien mengatakan nyaman, pasien tampak lebih segar setelah mandi.

Diagnosis yang belum teratasi pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan efek pencedera fisik (post operasi SC). Diagnosis belum teratasi karena pasien masih mengeluh nyeri pada bagian abdomen dan luka operasi, skala 4 dengan bantuan obat ketorolac 3x1gr. Diagnosis kedua yang belum teratasi yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Diagnosis belum teratasi karena pasien belum bisa bergerak banyak karena nyeri, pasien masih harus dibantu keluarga atau perawat untuk bisa bergerak.

Faktor pendukung selama melakukan evaluasi yaitu keluarga pasien yang bersikap kooperatif, sehingga penulis mampu memperoleh data-data terkait kondisi pasien sebelum pasien pulang dari Rumah Sakit serta dari catatan medis pasien. Faktor penghambat dalam melakukan evaluasi adalah respon pasien yang masih belum bisa bergerak karena nyeri membuat penulis bimbang dalam menentukan hasil evaluasi.

BAB V PENUTUP

Pada bab ini penulis telah melakukan pengamatan kasus dan menguraikan dalam pembahasan tentang Asuhan Keperawatan pada Ny. R dengan Postpartum *Section Caesarea* atas indikasi *Cephalo Pelvic Disproportion*, maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran yang berguna untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

A. Kesimpulan

Hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien meliputi pengumpulan data, analisa data dengan cara observasi, wawancara dan pemeriksaan fisik pada Ny. R, meliputi biodata dan keluhan-keluhan setelah persalinan dengan tindakan seksio sesarea. Pada kasus Ny. R, penulis menemukan hasil data pengkajian Ny. R dengan postpartum SC hari ke-1 dengan riwayat obstetri P1A0 anak hidup 1, nifas hari ke-1. Tekanan darah 107/60mmhg, nadi 158x/mnt, suhu 36,0°C, RR 22x/mnt. Pasien melahirkan bayi perempuan dengan BB 4000gram PB 52 cm. BB pasien sebelum hamil 77kg dan TB 157 cm, BB setelah melahirkan 78kg dan TB 157cm. Terdapat involusio uterus, kontraksi uterus, uterus keras, TFU 2 jari dibawah pusat. Pasien mengeluh saat ini masih merasakan nyeri pada luka SC, tidak dapat miring kanan miring kiri

karena nyeri. P: pasien nyeri saat bergerak, Q: nyeri seperti di sayat-sayat, R: di area luka SC, S: skala 8 (1-10), T: hilang timbul. Pasien mengeluh tidak bisa bergerak karena nyeri. Pasien mengatakan masih keluar darah dari vagina. R: tidak ada kemerahan, E: tidak ada pembengkakan, E: tidak ada bercak darah/kebiruan, D: tidak ada cairan, A: penyatuan luka baik, Aktivitas pasien dibantu perawat dan keluarga. Pada diagnosis keperawatan terdapat kesenjangan antara teori dengan kasus, pada teori terdapat sembilan diagnosis keperawatan dan pada kasus ditemukan lima diagnosis keperawatan yang sesuai dengan diagnosis teori yaitu nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisik (post operasi SC), resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (post operasi SC), menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan kelemahan (post operasi SC).

Perencanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan prioritas masalah dan kebutuhan pasien, rencana keperawatan yang sudah dibuat dapat di implementasikan dalam waktu 3 x 24 jam, dengan cara penulis berkolaborasi dan bekerja sama dengan perawat ruangan yang bertugas pada shift berikutnya. Adapun tujuan yang ingin dicapai setelah diberikan asuhan keperawatan tiga diagnosis dapat teratasi yaitu resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (post operasi SC), menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI, defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan kelemahan (post operasi SC). Dalam tahap pelaksanaan keperawatan, penulis menerapkan pengetahuan dan keterampilan asuhan keperawatan

maternitas kepada pasien serta keberhasilan proses ini karena berkat adanya dukungan dari pasien, keluarga dan dengan adanya kerjasama dengan perawat ruangan. Pada tahap evaluasi dari lima diagnosis yang diangkat penulis, terdapat tiga diagnosis teratasi yaitu resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (post operasi SC), menyusui tidak efektif berhubungan dengan ketidakadekuatan suplai ASI, defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan kelemahan (post operasi SC) dan pasien telah dibolehkan pulang. Hasil kegiatan yang dilakukan didokumentasikan dari tahap pengkajian sampai evaluasi.

B. Saran

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. R dengan *Postpartum Sectio Caesarea* atas indikasi *Cephalo Pelvic Disproportion* selama 3 hari, banyak pengalaman, pembelajaran yang dapat diambil, selain itu juga untuk meningkatkan mutu pelayanan dan kualitas asuhan keperawatan khususnya pada maternitas, maka penulis ingin memberikan saran serta masukan yang dapat bermanfaat bagi semua pihak, diantaranya:

1. Mahasiswa

Dengan dilakukannya pengkajian ini diharapkan mahasiswa mampu meningkatkan pengetahuan mengenai kesehatan ibu hamil dan dapat mengaplikasikan ilmu asuhan keperawatan maternitas kepada keluarga atau bahkan masyarakat. Adapun masukan untuk mahasiswa, sebaiknya lebih membekali diri dengan ilmu pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki sebelumnya, sehingga dalam melaksanakan asuhan keperawatan langsung

kepada pasien dengan postpartum Seksio Sesarea, sehingga jika menemukan banyak hambatan bisa mencari solusi pemecahan masalah. Selain itu, mahasiswa harus lebih bisa membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga agar terciptanya rasa saling percaya dengan perawat dan pasien lebih kooperatif dalam melakukan tindakan keperawatan serta mahasiswa mampu meningkatkan dan menerapkan teknik aseptik dan menjaga agar tidak terjadi komplikasi.

2. Institusi pendidikan

Diharapkan Institusi dapat untuk terus menerus mampu mengembangkan strategi dan model pembelajaran yang akhirnya mampu mengangkat potensi para mahasiswa didunia pendidikan khususnya dalam dunia kesehatan, dengan tidak meninggalkan nilai-nilai kekerabatan dan norma setempat yang berlaku. Oleh karena itu, peneliti yakin bahwa Institusi Pendidikan khususnya STIKes RS Husada ini dapat mengembangkan model pembelajaran ini dikampus, dengan adanya dukungan potensi dari para mahasiswa yang dapat dikembangkan sebagai upaya dalam meningkatkan mutu Institusi Pendidikan.

3. Rumah sakit

Diharapkan Pihak Rumah Sakit dapat mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan pada pasien khususnya pada ibu postpartum Seksio Sesarea yang dapat diwujudkan dengan cara melakukan peningkatan keterampilan dan motivasi kerja para tenaga kesehatan beserta staff Rumah Sakit, melengkapi data-data yang mencakup seluruh program kerja Rumah Sakit, meningkatkan koordinasi yang baik antara pimpinan

Rumah Sakit dengan para tenaga kesehatan dan staff agar program dan pelayanan dapat dilaksanakan sesuai dengan perencanaan serta target yang ingin dicapai dapat terwujud.

DAFTAR PUSTAKA

- Anjarsari, Dian. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. B dan Ny. E Pasien Post Sectio Caesarea Indikasi Preeklampsia Berat dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik di RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2017*. Program Studi D3 Keperawatan, Fakultas Keperawatan: Universitas Jember.
- Basri, Burhanudin dkk. 2020. *Konsep Dasar Dokumentasi Keperawatan*. Bandung : Media Sains Indonesia
- Girsang, B. M. (2016). *Pengaruh rawat gabung terhadap bounding attachment pada ibu dan bayi*. *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*. 3(1). https://ejournal.unsri.ac.id/index.php/jk_sriwijaya/index -Diakses pada 3 Juni 2022
- Indriyani, Diyan & Asmuji. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.
- Kementrian Kesehatan RI. (2018). *Riset Kesehatan Dasar*. Retrieved from [kesmas.kemkes.go.id:
https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Hasil-risikesdas-2018_1274.pdf](https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Hasil-risikesdas-2018_1274.pdf)
- Kementrian Kesehatan RI. (2018). *Profil Kesehatan Indonesia*. Retrieved from [www.kemkes.go.id:
https://www.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/PROFIL_KESEHATAN_2018_1.pdf](https://www.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/PROFIL_KESEHATAN_2018_1.pdf)
- Martalia, D. (2012). *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Martowirjo, A L, (2018). *Asuhan keperawatan pada pasien post op sectio caesaria dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman nyaman (nyeri) di ruang nifas RSU Dewi Sartika Kendari*, KTI, Politeknik kesehatan kemenkes Kendari.
- NANDA International. (2012). *Nursing Diagnosis: Definition & Classifications 2012-2014*. Jakarta: EGC
- DPP PPNI (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Diagnostik Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- DPP PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

DPP PPNI (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

Prawirohardjo, S. (2014). *Ilmu kebidanan*. Jakarta: PT. Bina Pustaka

Rahayu, D. T., & Sagita, Y. D. (2019). *Pola Makan dan Pendapatan Keluarga Dengan Kejadian Kekurangan Energi Kronik (KEK) Pada Ibu Hamil Trimester I Prevalance And Causses Of Chronic Energy Deficiency Among Second - Trimester*. 13(1), 7–18.

Rahayu Y & Akhiriyanti N. (2012). *Buku Ajar Masa Nifas Dan Menyusui*. 1 st Ed. Jakarta: Mitra Wacana Medika.

Rini, Susilo & Kumala, Feti. (2016). *Panduan Asuhan Nifas & Evidence Based Practice*. Yogyakarta: Deepublish.

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) (2018). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018. http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi_rakorpop_2018Hasil%20Riskesdas%202018.pdf – Diakses Agustus 2018.

Sukma Febi, Hidayati Elli, Jamil Siti Nurhasiyah. (2017). *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Fakultas Kedokteran dan Kesehatan UMJ

Wahyuningsih, sri. (2019). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Post Partum Di Lengkapi Dengan Panduan Persiapan Praktikum Mahasiswa Keperawatan*. Yogyakarta : Deepublish Publisher.

Walyani, E S, dan Purwoastuti, E. (2017). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press

World Health Organization. (2019). *Maternal Mortality*. Retrieved from [www.who.int:https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/maternal-mortality](https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/maternal-mortality)

LEMBAR KONSULTASI
PRODI D-3 KEPERAWATAN STIKES RS HUSADA

Nama Pembimbing : NS. Jehan Puspasari M. kep.
 Nama Mahasiswa : Ayu Lestari 191128
 Judul Tugas Akhir :

No	Tanggal	Konsultasi (saran/perbaikan)	Tanda tangan
	9 Maret 2022	Perbaiki sesuai masukan - Rumusan paragraf - Perhatikan typo - Penulisan sitasi	
	23 Maret 2022	- Revisi BAB I - Perbaiki aspek	
	28 Maret 2022	- ACC BAB I - Lanjutkan BAB II	
	5 April 2022	- Perbaiki numbering di BAB I & margin	
	13 April 2022	- Revisi BAB II - Perhatikan penulisan di perencanaan tindakan	
	21 April 2022	- Tambahkan teori tentang section cesar di BAB II	
	12 Mei 2022	- ACC BAB II	
	23 Mei 2022	ACC BAB III	

LEMBAR KONSULTASI
PRODI D-3 KEPERAWATAN STIKES RS HUSADA

Nama Pembimbing 1 : NS Jehan Puspasari, M. kep.

Nama Pembimbing 2 : -

Nama Mahasiswa : Ayu Iestari 191138

Judul Tugas Akhir : Asuhan keperawatan pada Ny. R Dengan post partum Sekario
 Sesarea Atas Indikasi CPD Di RSUD Koja Jakarta Utara

No	Tanggal	Konsultasi (saran/perbaikan)	Tanda tangan
	25 Mei 2022	- Masukkan untuk BAB <u>IV</u> - Tuliskan kesenjangan antara teori dan kasus	
	27 Mei 2022	- Revisi BAB <u>IV</u> pada Diagnosa keperawatan	
	30 Mei 2022	- Tambahkan Teori dan Justifikasi pada tiap-tiap kesenjangan yang ada pada teori dan kasus	
	2 Juni 2022	- Acc BAB <u>IV</u>	
	3 Juni 2022	- Acc BAB <u>V</u>	
	6 Juni 2022	- Konsultasi lembar persetujuan, cover, Daftar pustaka.	
	8 Juni 2022	Konsultasi PPT sidang.	